



DR. WILHELM GRIESINGER'S,

WEILAND GEH. MEDICINALRATH UND PROFESSOR AN DER KÖNIGL. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN,

PATHOLOGIE UND THERAPIE

DER

PSYCHISCHEN KRANKHEITEN

FÜR ÄRZTE UND STUDIRENDE.

FÜNFTE AUFLAGE.

GÄNZLICH UMGEARBEITET UND ERWEITERT

VON

DR. WILLIBALD LEVINSTEIN-SCHLEGEL,

DIRIGIRENDER ARZT DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT „MAISON DE SANTÉ", SCHÖNEBERG-BERLIN W.

MIT VIER ABBILDUNGEN UND EINER FIGURENTAFEL.

BERLIN.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

N.W., UNTER DEN LINDEN 68.

1892.

2. Die exaltirte Phase (Manie).

§. 370.

Die exaltirte Phase der Krankheit vollzieht sich selten (bei kurzer Dauer der einzelnen Phasen) plötzlich, meist allmählich. In ersterem Falle hat man das Bild einer ausgeprägten Tobsucht vor sich. Zumeist jedoch kommt es zur Ausbildung eines ganz leichten Exaltationszustandes mit völliger Erhaltung der Besonnenheit (charakteristisch für das circuläre Irresein!). Die Auffassung äusserer Eindrücke und der Verlauf der Vorstellungen ist erleichtert. Der Kranke ist scharfsinniger und leistungsfähiger als früher und körperlich und geistig überraschend regsam. Das gesteigerte Vorstellungsleben zeigt einen reichen und wechselvollen Bewusstseinsinhalt, infolge dessen scheint der Umfang der geistigen Leistungsfähigkeit ein grösserer geworden zu sein, die Unterhaltung wird belebt und vielseitig, zugleich oft durch Vorträge von Gedichten, Musikstücken etc. gewürzt.

Dabei macht sich jedoch Mangel an innerer Einheit des Vorstellungsverlaufes, Unfähigkeit zur consequenten Verfolgung einer bestimmten Gedankenreihe, Unbeständigkeit des Interesses bemerkbar. Besonders ist dies in unbewachten Momenten und in den Schriftstücken der Kranken nachzuweisen. Infolge erhöhter Geschäftigkeit besucht der Kranke viel Vergnügungen, macht Gedichte, Reisen, zwecklose Einkäufe etc., dabei wechselt das Interesse an diesen Dingen häufig. In seinem äusseren Benehmen tritt besonders das erhöhte Selbstgefühl, die Sucht aufzufallen und zu renommiren hervor; z. B. verräth der Kranke eine geheime (politische oder religiöse) Mission, aber nur Vertrauenspersonen gegenüber. Alle Tagesereignisse werden mit diesem fixen Wahn in Beziehung gebracht, er ist der eigentliche, in der Stille sich haltende Faiseur; dabei kann der Kranke zeitweise sich seinem Berufe hingeben, er kann sich Vorgesetzten gegenüber beherrschen; gegen Untergebene und besonders gegen die Familie ist er rücksichtslos, roh und gemein. Befindet der Patient sich in einer Anstalt, so beherrscht er vollständig seine Mitkranken.

Es besteht gehobene und heitere Stimmung neben gemüthlicher Reizbarkeit. Es zeigt sich grosser Drang zum Lachen und Scherzen, Neigung zum Witzeln, zur Ironie, zum Verleumden, zum Beschönigen verkehrter Handlungen. Dies ist das Bild der Folie raisonnante. Mitunter tritt auf dem Grunde der bitteren, feindlichen, unbefriedigten Stimmung die Reizbarkeit in schärferen Umrissen hervor. Geringfügige Anlässe führen den Kranken zu heftigen Zornausbrüchen und Gewaltthätigkeiten. Er lässt sich gänzlich durch momentane Eindrücke be-

herrschen, seine Handlungen werden daher triebartig und unüberlegt und tragen, wegen der geringen Störung der Intelligenz, das Gepräge des Unmoralischen. Der Kranke macht oft grobe Verstösse gegen Anstand und Sitte und geräth in vielfache Conflicte mit seiner Umgebung, da er seinen Launen und Eingebungen folgt. Er begeht alle möglichen Excesse. Bei Frauen äussert sich diese Erregung häufig in lebhaften sexuellen Gelüsten.

Dabei besteht eine auffallende Besonnenheit, wenn auch eigentliche Krankheitseinsicht fehlt. Der Patient motivirt seine Handlungen sehr geschickt und ist sehr erfinderisch in Mitteln, seine Umgebung zu täuschen, um seine sinnlosen Streiche auszuführen.

Körperliche Symptome kommen gleich im Anfange der Exaltation meist rasch und unvorbereitet zum Ausbruch. Nach kurzen neuralgischen Prodromen stellen sich Kopfcongestionen ein (geröthetes Gesicht, injicirte Conjunctiven, Schwitzen am Kopf, Kälte der Extremitäten). Mit dem Anstieg der mitunter unregelmässigen Thätigkeit des Pulses zeigt sich ein lebhafter Turgor vitalis. Es tritt eine vollkommene Aenderung der ganzen Erscheinung ein. Mit dem Schwunde der im melancholischen Stadium vorhandenen Runzeln und Falten wird die Haut des Gesichts weich, die Miene belebt, die Züge beweglich, das ganze Aussehen frisch, blühend und jünger. Ess- und Trinklust sind gesteigert, die Verdauung ist befördert, der Schlaf ist fest und ungestört, das Bedürfniss dazu vermindert. Das Körpergewicht nimmt zu und zwar recht erheblich gegenüber der Depression; bei typisch maniakalischen Formen jedoch nimmt es ab.

Gerade wie bei der Mania periodica stellt sich auch hier auf der Anfallshöhe eine schwerere Bewusstseinsstörung ein mit warmem Kopf und sehr beschleunigter Gefässthätigkeit, bei welcher Hallucinationen des Gefühls und Gehörs auftreten, Wahnvorstellungen vor dem Bewusstsein vorüberziehen. Die maniakalische Erregung erreicht eine höhere Stufe. Nach einiger Zeit fällt diese grössere Exaltation wieder ab, kann aber auch innerhalb des gleichen Anfalls mehrmals zur Höhe ansteigen. Ein ziemlich rasches, wenig vermitteltes Aufhören der Manie ist charakteristisch.

3. Der circuläre Stupor,

§. 371.

welchen Schüle (l. c. p. 309) beschreibt, stellt eine eigenartige Modification des circulären Irreseins dar; es ist dies ein Cyklus, dessen Anfall aus der Aufeinanderfolge eines aufgeregten und eines asthenischen Stupors gebildet wird. Die Anfälle und das Intervall zeichnen

sich durch ihre Kürze aus (einige Tage bis 1 bis 2 Wochen). Nach meiner Ansicht handelt es sich um eine häufig zu beobachtende alternirende Form der Katatonie.

4. Verlauf und Ausgang.

§. 372.

Während des wiederholten Ablaufs des Cyklus spielt sich in den beiden Krankheitsphasen der Manie und Melancholie ein Doppelleben ab; zwei vollkommen verschiedene Persönlichkeiten ersetzen sich beständig gegenseitig, von denen jede ihr charakteristisches geistiges Sein im gleichnamigen Stadium von Neuem annimmt und fortsetzt. In beiden Phasen zeigen die somatischen und psychischen Functionen einen diametralen Gegensatz: hier schneller, dort langsamer Puls, hier Turgor, dort Palor, hier körperliches Wohlgefühl, dort peinliche somatische Sensationen, hier belebte Miene, dort angstvoll gespannte Züge, hier gehobene Stimmung mit Thatendrang, dort erniedrigtes Selbstgefühl und vorwiegend Passivität.

Der Weiterverlauf besteht in cyklischer Wiederholung der einzelnen Componenten, deren Aufeinanderfolge und Dauer eine verschiedene sein kann. Selten bleibt der Cyklus in einem sich stets gleichbleibenden Charakter über das ganze Leben ein und derselbe. Häufiger findet man eine Transformirung des Anfallstypus mit veränderter Dauer und modificirten Erscheinungen der Anfälle; diese pflegen in der neuen Gestaltung wieder Jahre lang zu verlaufen, oft bis zum Tode. Manche Fälle büssen die präcise Regularität ein, entweder wird der Typus irregulär, oder die Anfälle werden in ihrer Intensität abgeschwächt, während zugleich in den Intervallen mehr psychische Krankheitssymptome hervortreten; es wird aus der intermittirenden eine continuirliche Psychose, welche nur noch Remissionen und Exacerbationen zeigt (v. Krafft-Ebing l. c. p. 487f.). Bei der letzteren Verlaufsart entspricht das neue Krankheitsbild häufig dem agitirten Blödsinn, kann aber auch den Charakter einer expansiven, wie depressiven und selbst hallucinatorisch verwirrten Alteration zeigen.

Eine andere, seltenere Verlaufsart führt, indem das Intervall sich immer mehr protrahirt, zu allgemeinem Erlöschen der Anfälle: intellectuelle Schwäche, Willens- und Gemüthslosigkeit, Reizbarkeit bleiben bestehen. Es handelt sich um eine Genesung mit Defect. Endlich giebt es auch Fälle mit völliger Genesung, doch das ist am allerseltensten der Fall. Alle diese letzteren, günstig verlaufenden Fälle gehören der Gruppe der typösen Formen mit kurzen Perioden an. Die Genesung tritt in der Regel bei erst wenige Jahre dauernden Erkrankungen, nur sehr selten nach längerem Bestehen ein.

III. Die alternirenden Psychosen.

§. 373.

Nach Schüle (l. c. p. 316f.) wechseln bessere und schlimmere Tage regelmässig mit einander ab, oder eine Acerbation der Grundkrankheit mit einem Intervall, gewöhnlich von der Dauer eines Tages oder des Bruchtheils eines Tages oder zwei bis drei Tagen.

Der regelmässige Wechsel zwischen einem freien und einem gestörten Tage kommt häufig im hysterischen, epileptischen und namentlich im paralytischen Irresein vor. In der hysterischen Psychose ist die Kranke am gestörten Tage unruhig, am folgenden still, apathisch und träumerisch. Die alternirenden Stadien der Paralyse kommen namentlich im Beginn vor, am ersten Tage schwärmt der Kranke von der Vortrefflichkeit seiner Umgebung, am nächsten verwünscht er alles mürrisch. Auch in der Genesung mancher, besonders seniler Melancholieen kommt vorübergehend der alternirende Typus vor.

Die Dauer erstreckt sich oft über Jahre bei gewissen chronischen Melancholieen, in denen der wechselvolle Verlauf die Tiefe des organischen Hirnleidens anzeigt. Es sind dies klimakterische oder senile Melancholieen, auf Grundlage von sexuellen Excessen und Uterinleiden. Manchmal bildet sich der alternirende Typus (besonders bei agitirten Melancholieen) erst später aus, er kann kalendarisch regelmässig sein, auch zeitweise verschwinden und wieder auftreten, oder es kann sich auch ein ganz lucides Intervall einschieben. Die freie und kranke Phase können sich bis auf's kleinste gleichen; andere Male ist nur beim ersten Eintritt des Typus der gute Tag ein exaltirt heiterer, der böse ein melancholisch verzweifelter; später aber unterscheidet sich der gute vom bösen nur durch ein Minus von Melancholie. Der Eintritt des Paroxysmus kann um mehrere Stunden verschoben werden durch starke psychische Ablenkungen, Chloral, Hyoscyamin, aber nur mit gesteigerter Nachfolge des zurückgedrängten Anfallstages. Die Kranken selbst bewahren ein genaues Gedächtniss an den bösen Tag und bitten oft um Hülfe gegen dessen Eintritt. Der paroxysmelle Angstact wird manchmal von einer Vagus-Neurose begleitet: frequenter kleiner Puls, Dyspnoe, Glottisparese mit heiserem Schreien; dazu kommen Reflexacte und Gewaltthätigkeiten. In anderen Fällen verläuft der böse Tag farbloser, am ruhigen Tage sind die Kranken verzagt, aber ruhig, manchmal auch heiter.

Die körperlichen Symptome sind Neuralgieen und Parästhesieen in der melancholischen Phase. Die vasomotorischen Störungen äussern sich in der manischen Phase meist als lebhaftere Gefässthätigkeit und Herzaction, in der melancholischen als träger, seltener Puls, kalte Extremitäten, Congestionen und Oedembildungen.

Trophische Störungen treten local als Hautausschläge (besonders Prurigo) in der Erregungsphase auf, als Grauwerden der Haare in der Melancholie, brünette Färbung und dichterer Haarwuchs in der Manie; allgemein als Aenderung des Aussehens und Körpergewichts. In der Manie tritt Besserung, in der Melancholie Verschlechterung, in der psychischen Schwäche Obesitas ein.

Sehr wahrscheinlich ist hier an eine „Trophoneurose" zu denken, welche den psychischen Hirnzustand begleitet, zumal da die Zunahme des Körpergewichts nicht im einfachen Verhältniss zu der Nahrungseinnahme und -Ausgabe steht. Die kurzen, schweren Manieen verlaufen sämmtlich unter Abnahme des Körpergewichts. Hierher gehört:

Die regellose Form der periodischen Melancholie.

§. 374.

In dieser besteht die Verstimmung ohne Ausdauer (cf. Schüle l. c. p. 62 f.). Die Kranken sind Morgens und einen Theil des Tages echt melancholisch, Nachmittags verwirrt oder maniakalisch. Es lösen sich solche Bilder in regellosen Phasen, aber in kurzen, höchstens Tage langen Zeiträumen ab. Vielleicht ist auf Grund der Beobachtung, dass häufig alte Frauen damit behaftet sind, der Widerstand, welchen atheromatöse, starre Gefässwände der Dauer eines arteriellen Druckes entgegensetzen, Ursache zu der Unterbrochenheit des melancholischen Stimmungsbildes.

IV. Zeitliche Gruppirung der Paroxysmen in den periodischen und circulären Psychosen.

§. 375.

Der Eintritt der einzelnen Phasen ist öfters ein astronomisch regelmässiger, die Dauer oft mit mathematischer Genauigkeit dieselbe. Siderische Einflüsse, namentlich die Mondphasen (Koster cit. v. Schüle p. 311) hat man dafür verantwortlich gemacht. Sicher spielen subjective Momente aus den gesellschaftlichen Verhältnissen des Kranken eine grosse Rolle dabei. Z. B. ist oft nach der Entlassung der Eintritt in eine dem Kranken nicht zusagende Situation, ein fremder Besuch, Betheiligung an einem Feste die Ursache zu einem Rückfall. Eine zufällige Gemüthserschütterung kann die melancholische Phase plötzlich sistiren. Daneben ist ein regelmässig periodisches Einsetzen des Einzelfalles, eine überraschend gleiche Zeitdauer der Einzelphasen und des Intervalls sicher beobachtet. Die Ursachen sind dunkel. Fluxionen und periodische Neuralgieen scheinen als Zwischenglieder mit im Spiele zu sein.

V. Prognose und Therapie der periodischen und circulären Geistesstörungen.

§. 376.

Die Prognose der periodischen Psychosen ist ungünstig; sehr infaust bei den centralen Typosen mit langen Anfällen, besser bei solchen mit kurzen.

Das meist tief constitutionell begründete circuläre Irresein gestattet nur selten Hoffnung auf Genesung; am ehesten bei den in kurzen Verlaufsphasen sich bewegenden Fällen. Nach langer Dauer der Krankheit stellen sich Erscheinungen psychischer Schwäche ein, aber nie Ausgang in wirkliche Demenz.

Therapie: Symptomatisch. —

Krankengeschichte 1. Eigene Beobachtung. Periodische Manie. N., Kaufmann, 39 Jahre alt, ledig, stammt aus gesunder Familie. Er war nicht begabt, aber stets sehr fleissig und war auch während einer früheren 8 jährigen Thätigkeit in einem grossen Geschäft sehr strebsam und beschäftigte sich in seinen Mussestunden mit fremden Sprachen und Musik. Pat. hat bereits zwei Anfälle von maniakalischer Exaltation gehabt, das erste Mal in seinem 15. Lebensjahre, das zweite Mal im 23. Jahre, wo er bereits nach 4 Wochen aus der Charité entlassen wurde. Im Alter von 25 Jahren machte er einen Typhus durch, von dem er sich jedoch wieder völlig erholte. Seit 2 Jahren klagt er öfters über Druck und Kribbeln im Kopfe und über ein eigenthümliches Gefühl, „als ob es ihn wie eine Wolke überziehe“.

Mitte Februar 1888 erkrankte Patient von Neuem; er wurde unruhig, schlaflos, hatte keinen Appetit, sprach sehr viel und verworren, sang, pfiff und hatte lebhafte Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen. Die Unruhe steigerte sich immer mehr, Patient lief fortwährend umher, sprach, sang, gestikulirte mit den Armen und wurde deshalb am 26. Februar in die Maison de santé aufgenommen.

Patient war bei seiner Aufnahme sehr laut, sang und johlte fortwährend, umarmte Alle und begrüsste sie als alte Bekannte. In seinem Gesichtsausdruck giebt sich ein hochgradiges Lustgefühl zu erkennen und in seinem unaufhörlichen Schwatzen, deutsch, englisch und französisch durch einander, ein äusserst rascher Gedankenablauf. So spricht er z. B. folgendes: „Ja, ja, ich bin der N. aus X.; was wünschen Sie; so ist's recht; gebt mir zu essen; was macht meine Schwester: Herr Doctor, schicken Sie ihr die Cassen-Schlüssel; gebt Feuer; Gaudeamus igitur etc.“ Dabei ereifert er sich sehr und ist fortwährend in Bewegung, so dass er keine Zeit zum Essen findet.

Daneben war eine hochgradige sexuelle Erregung vorhanden. Pat. zog sich wiederholt sämmtliche Kleidungsstücke aus und masturbirte. Auch des Nachts setzte Pat. seine Selbstgespräche fort und schlief trotz 2,0 g Chloral fast gar nicht, wurde im Gegentheil häufig Nachts so unruhig, dass geringe Dosen Morphium subcutan gegeben werden mussten.

Unter allmählichem Nachlass der Exaltation und unter Hebung der während der Erkrankung sehr gesunkenen Körperkräfte war Patient nach ca. 4 Wochen wieder auf dem status quo ante und konnte am 1. April 1888 als geheilt entlassen werden.

Körperliche Anomalieen ausser einer leichten Parese des rechten Facialis waren nicht vorhanden.

Am 3. October 1890 erkrankte Pat. von Neuem. Er war längere Zeit hindurch geschäftlich sehr angestrengt thätig gewesen, hatte auf der Leipziger Messe 8 Tage lang 14 Stunden täglich gearbeitet und dann noch Nachts gebummelt und wenig geschlafen. Es trat wieder ein hochgradiger Exaltations-Zustand auf, in dem Pat. viele dumme Streiche machte, der Cassirerin die Schlüssel an den Kopf warf u. s. w.

Der Anfall verlief ganz unter demselben Bilde wie der vorige, jedoch beruhigte sich Pat. schon nach wenigen Tagen, was ich zum grossen Theil der angewandten Medication zuschreiben möchte. Er erhielt 3 mal täglich 1 g Sulfonal und ebenso oft 10 g Tinct. Opii simpl., wodurch besonders die hochgradige motorische Unruhe günstig beeinflusst wurde. Unter allmählichem Abklingen der Erregung war Pat. nach 4 Wochen ganz ruhig und konnte am 31. October ohne Defect geheilt entlassen werden. Seither Wohlbefinden.

Krankengeschichte 2. Eigene Beobachtung. Cyklische Psychose. N., gelernter Kaufmann, nicht in Stellung, 31 Jahre alt. Der Vater des Patienten erkrankte, als Patient 35 Jahre alt war, an „Verfolgungswahn", die Mutter des Patienten, sowie seine Geschwister sind geistig gesund. In den Seitenlinien der Familie litten die weiblichen Mitglieder (Tanten des Patienten) mehrfach an hysterischen Krämpfen.

Pat. war als Kind abgesehen von einem Ohrenleiden (Ohrenlaufen), das auch seine sämmtlichen Geschwister hatten, gesund. Im 8. Lebensjahre wurde er von einem Hunde in das Gesicht gebissen, woher eine über die ganze Nase reichende Narbe zurückgeblieben ist. Im Alter von 12 Jahren fiel er von einer Scheune mit dem Kopf auf die Tenne, lag dann infolge der erlittenen schweren Kopfverletzung angeblich 2 Tage bewusstlos und erholte sich darauf von diesem Sturz nur sehr langsam. Er onanirt angeblich seit seinem 13. Jahre. Seine geistige Entwicklung in der Kindheit war eine gute, vielleicht eine etwas frühreife, seine Anlagen und sein Gedächtniss liessen nichts zu wünschen übrig, sein Temperament war von Jugend auf sehr heftig.

In seinem 15. Lebensjahre zeigten sich die ersten Spuren einer geistigen Erkrankung. Pat. gab sich damals in X., wo er als Lehrling bei einem Kaufmann war viel mit Weibern ab, trieb öffentlich mit denselben allerlei unpassende Scherze, kletterte auf das Dach des Hauses, in dem er wohnte, verschenkte auf der Strasse an unbekannte Vorübergehende Geld und Cigarren, vertheilte auf dem Bahnhof Liqueurflaschen, die er aus einem Schrank der Restauration genommen hatte, an die Schaffner etc. Er wurde nach einer Irrenanstalt gebracht, in welcher er mit kürzeren oder längeren Unterbrechungen 16 Jahre lang sich aufhielt. Im Ganzen wurde er von hier 7 mal als „zeitweilig genesen" entlassen. Einmal war er sogar ein ganzes Jahr lang ununterbrochen im Hause seines Vaters beschäftigt, dann aber machte er wieder allerhand dumme Streiche, die seine Unzurechnungsfähigkeit offenbarten, knüpfte verschiedene Liebeleien an, machte verschwenderische Ausgaben, unmotivirte Geschenke etc., so dass er wieder der Anstalt zugeführt werden musste. Am 9. April 1880 wurde er in einer anderen Irrenanstalt aufgenommen.

Patient ist von untersetzter Gestalt, ausserordentlich muskulös und kräftig, auf dem linken Ohre fast taub, sonst ohne körperliche Abnormitäten. Bei seiner Ankunft ist er in heiterer Stimmung, erzählt lebhaft und in grosssprecherischer Weise: Er wolle als Officier bei einem Garde-Regiment eintreten (dabei war Patient nie Soldat), er sei vor einigen Tagen zur Leipziger Messe gewesen, habe dort sehr ausschweifend gelebt und von der Reise zurückgekehrt sich zu Hause mit einem Frl. N. verlobt. Sein Vater habe ihn sodann die Thür gewiesen, und nach einem vergeblichen Selbstmordversuch durch Aufschneiden der Pulsadern (man sieht in der Herzgegend kleine Schrammen) wäre er planlos umhergeirrt, bis er in X. Bekannte getroffen habe. Darauf singt und pfeift Pat. übermässig laut und wird überhaupt so un-

ruhig, dass er für die Nacht isolirt werden muss. Nachdem er eine kurze Zeit geschlafen hat, fängt er an zu toben, schlägt gegen die Thür und zertrümmert endlich mehrere Scheiben. (Er erhält 2,0 g Chloralhydrat.) Am nächsten Tage schon ist Patient viel ruhiger, zeigt sich fügsam, fängt auch bald an, sich zu beschäftigen und an den gesellschaftlichen Unterhaltungen Theil zu nehmen. Sein Schlaf ist aber trotz fortgesetzten Chloralgebrauchs noch immer von kurzer Dauer, der Appetit dagegen sehr gut, der Stuhlgang regelmässig. Am 27. April (also 2½ Wochen später) macht sich Abends wieder eine gewisse Erregung bemerkbar; Patient zeigt sich widerspenstig, schimpft über schlechte Behandlung und fängt wieder an, übermässig laut zu singen. In kurzer Zeit steigert sich seine Exaltation: er brüllt unartikulirte Laute, wirft sich zur Erde, wühlt dann, schrecklich stöhnend, im Bett herum, springt wieder auf, setzt sich an das offene Fenster und stösst grelle Laute aus, als ob er gewürgt würde. Auf Befragen antwortet er vollkommen ruhig, es seien Beängstigungen, die ihn quälten. Nach einigen Stunden schon beruhigt er sich und fällt in einen ruhigen Schlaf.

Anfälle dieser Art wiederholen sich mit grösserer oder geringerer Intensität am 1. 3. 11. 26. Mai, 4. und 10. Juni 1880. Nach denselben ist Patient meist etwas deprimirt und kleinlaut und klagt mitunter über Kopfschmerzen.

Von Mitte Juni bis Ende des Jahres 1880 ist Patient abgesehen von seinem etwas zänkischen und rechthaberischen Wesen ruhig und fügsam. Er beschäftigt sich fleissig mit Gartenarbeit und anderen mechanischen Arbeiten, macht Spaziergänge, treibt etwas Lectüre, betheiligt sich an den geselligen Unterhaltungen und Spielen, kurz er macht den Eindruck eines völlig Genesenen.

Gegen Ende December 1880 befällt ihn allmählich eine trübe, schwermüthige Stimmung. Er ist sehr schweigsam, weint viel, äussert wiederholt: Er wäre doch gar nicht werth, dass seine Eltern so viel für ihn thäten; die Aerzte bittet er um Verzeihung wegen seines früheren heftigen Wesens, entschuldigt sich thränenden Auges bei einer Dame, dass er gestern zwei Tage nach dem Tode ihres Vaters Karten gespielt habe etc. Diese theils traurige und gedrückte, theils sentimentale Stimmung hält bis Mitte Januar 1881 an. Dann macht sie allmählich einem herausfordernden und rücksichtslosen, ja direct unverschämten Benehmen Platz, indem Patient sich nicht nur unhöflich, sondern geradezu ungezogen und lümmelhaft gegen Aerzte und Mitpatienten beträgt. Nachdem dieser Zustand ungefähr 4 Wochen gedauert hat, tritt von Mitte Februar 1881 an wieder ein gleichmässig ruhiges und anständiges Verhalten ein. Nur verhältnismässig selten giebt ein mitunter etwas unhöfliches Wesen zu Tadel Anlass.

Im September 1881 reist Patient auf einige Zeit zum Besuch nach Hause. Hier tritt nach achttägigem Aufenthalt wieder eine auffallend deprimirte Stimmung ein, welche, nachdem Patient im October 1881 in die Anstalt zurückgekehrt war, bis zum November 1881 anhält. Patient klagt dabei über innere Unruhe, ist sehr schweigsam und zieht sich von allem Verkehr zurück. Erst allmählich weicht dieses Verhalten einer normalen Gemüthsstimmung. Das körperliche Befinden ist gut, auffallend ist eine starke Pupillen-Differenz.

Im Februar 1882 ist Pat. wieder merklich unruhiger, sein Wesen ist rücksichtslos, streitsüchtig, unhöflich, oft bedient er sich den anderen Patienten gegenüber beleidigender Ausdrücke. Im April steigert sich nach einem kurzen Besuch zu Hause seine Erregung bis zu maniakalischer Exaltation. Er springt über eine Gartenmauer und flüchtet nach dem Bahnhof. Hier schlägt er, in jeder Hand ein Messer haltend, wüthend um sich, so dass er gefesselt in die Isolirzelle geführt werden muss. Erst nach 2 Tagen legt sich der Tobsuchtsanfall und Pat., dessen Sensorium gleichzeitig klarer wird, beruhigt sich allmählich und versucht sich, zu beschäftigen. Kleinere Erregungen folgen

dann von Ende April bis Mitte Mai fast täglich. Pat. ist anmaassend, unstet, mürrisch und hat die verschiedensten Klagen und Anliegen.

In den Monaten Juni bis September 1882 (incl.) ist des Pat. Verhalten ein völlig normales. Er unternimmt in dieser Zeit, neben vielen kleineren Ausflügen in die Umgegend, auch mehrtägige grössere Reisen nach Dresden, in das Erzgebirge, selbst nach München und beträgt sich auf denselben sehr verständig.

Im October 1882 tritt wieder ein Depressionszustand auf, der etwa 4 Wochen anhält. Eigenthümlich ist es, dass Pat., so lange er sich im Stadium der Depression befindet, nicht raucht, was er sonst sehr stark thut.

Von December 1882 bis Anfang März 1883 besteht ein freies Intervall mit fast völlig normalem Verhalten.

Im März 1883 treten, nach einer kurzen Reise nach Berlin, wieder leichtere Exaltationszustände auf, die sich Anfang April zu maniakalischer Tobsucht steigern, so dass Pat. isolirt werden muss. Er ist total verwirrt, bemalt die Wände seiner Zelle mit Farben, die er mit Urin und Blut (er hat sich zu dem Zwecke in den Finger geschnitten) anreibt, lässt den Stuhlgang unter sich, trinkt Urin und Tabaksjauche, singt und schreit den ganzen Tag, so dass er fast vollständig heiser ist. Nachdem er etwas ruhiger geworden, schreibt er an seinen Vater einen Brief, in welchem er in überschwenglichen Worten dessen Güte preist und ihm für alles dankt, was er an ihm gethan hat; den Assistenzarzt bittet er, er möge ihn mit „Du“ anreden und sagt emphatisch zu ihm: „Wie soll ich Ihnen danken für das, was Sie an mir gethan; Sie sind eine herrliche Frucht an dem Weinstock Gottes!“ etc. In der Nacht ist er verhältnissmässig ruhig, am Tage aber macht er noch einen recht verwirrten Eindruck, äussert theilweis religiös gefärbte Wahnideen, ist sehr geschwätzig, erzählt mit Vorliebe und prahlend Episoden, besonders etwas pikante, aus seinem Leben und ruft u. a. aus dem geöffneten Fenster laut einigen auf der Strasse vorübergehenden, fremden Herren zu: Heute sei der 1000. Tag, seit er zur Selbstbefleckung verleitet sei. Am 20. April 1883 tritt wieder ein ausgesprochener Tobsuchtsanfall auf, während dessen Pat. sogar gegen seine Umgebung thätlich wird; erst nach mehreren Tagen legt sich die Erregung, und es folgt wieder von Anfang Mai ab ein völlig freies Intervall, das die ganzen Sommermonate Juni bis October anhält, so dass Pat. im October wiederum zu seinen Angehörigen entlassen werden kann. Doch schon nach kurzer Zeit tritt hier wieder ein Depressionszustand ein, infolge dessen Patient schon Anfang November der Anstalt wieder zugeführt werden muss. Er spricht wenig, geht gar nicht aus, raucht auch jetzt, im Gegensatz zu früher, gar nicht. Im December tritt wieder relativ normales Verhalten ein.

Im Januar 1884 zeigen sich einige leichtere Erregungszustände. Pat. ist geschwätzig, aufdringlich, oft taktlos, unhöflich und rechthaberisch. Es folgt ein nicht ganz freies Intervall bis Ende Mai 1884. Dann macht sich wieder eine mässige Exaltation bemerkbar.

Am 21. Juni 1884 wird Patient in eine andere Anstalt übergeführt.

Eine gewisse Erregung fällt in seinem Benehmen auf, doch beherrscht sich Patient Anfangs gut und benimmt sich höflich und taktvoll. Am 24. Juni erfolgt wieder ein maniakalischer Anfall mit totaler Verwirrtheit. Patient entledigt sich seiner Kleider, springt nackt in der Zelle umher, zerreisst sein Hemd und seinen Schlafrock, demolirt die Bettstelle, wirft das ihm gebrachte Essen und andere Gegenstände zum Fenster hinaus, donnert mit der Faust gegen Thür und Fenster, schmiert mit Koth die Wände voll, singt, pfeift, schimpft auf die Aerzte und Wärter, ist überhaupt total verwirrt, benimmt sich albern und kindisch, lacht in unmotivirter Weise etc. Die Erregung hält in wechselnder Intensität, von einzelnen kurzen Intervallen

am 6., 7., 13. und 15. Juli unterbrochen, bis Ende Juli an und klingt dann, während das Sensorium des Patienten gleichzeitig freier wird, allmählich ab. Regelmässig tritt mit den Erregungszuständen des Patienten Erbrechen auf, während sein körperliches Befinden im Uebrigen ein gutes ist. Patient ist zwar noch leicht gereizt und aufbrausend, hat viele Wünsche, ist voll Selbstüberhebung den Aerzten gegenüber und im Verkehr mit anderen Patienten rechthaberisch und nicht selten ausfallend, doch ist er im Ganzen ruhiger geworden und fängt auch wieder an, sich zu beschäftigen.

Von Ende August bis Ende September 1884 ist das Verhalten des Patienten völlig normal: er geht und fährt spazieren, treibt Lectüre, beschäftigt sich, nimmt an den geselligen Spielen und Unterhaltungen Theil etc. Dann tritt wieder ein leichter Depressionszustand ein, während dessen Patient sich ganz zurückzieht, nur spricht, wenn er gefragt wird, und überhaupt auffallend still ist. Nach etwa 14tägiger Dauer hebt sich die Verstimmung, Patient zeigt ein gleichmässig heiteres und zufriedenes Verhalten, und es folgt ein völlig freies Intervall, das von October 1884 bis October 1885 anhält. Im November 1885 belästigt Pat. ein Magenkatarrh, im December 1885 leidet er an einem Tonsillarabscess, Krankheiten, welche jedoch in seinem psychischen Verhalten keine Aenderung zum Schlechteren hervorrufen. Allmählich wird Patient etwas pedantisch, er regelt seine täglichen Verrichtungen, Spazieren-Gehen, Rauchen, Spielen, Lesen genau nach der Zeit, geht stets denselben Weg spazieren etc. Mitunter ist er etwas ungehalten, mürrisch und unwirsch, wenn z. B. seinen Wünschen nicht sofort nachgekommen wird, auch verträgt er nicht Widerspruch, doch sucht er stets sich möglichst zu beherrschen und augenscheinlich ein gesetztes Betragen zu zeigen. Der Wunsch nach Entlassung wird öfters geäussert.

Im September 1886 tritt wieder eine mehrtägige leichtere traurige Verstimmung ein, wahrscheinlich hervorgerufen durch einen grossen rechtsseitigen Tonsillarabscess und einige Furunkel am Rücken, die den Patienten sehr belästigten. Nach der Heilung derselben tritt wieder normales psychisches Verhalten ein, und Patient wird daher am 17. October 1886 nach Hause entlassen, wo er ein ganzes Jahr bleibt.

Am 25. November 1887 tritt Patient in die Anstalt wieder ein. Er ist sehr geschwätzig, hat wieder die Absicht, als Offizier in ein Garde-Regiment einzutreten, lässt sich aber auf die Vorstellung hin, dass er dazu eines Gesundheitsattestes bedürfe, willig in die Anstalt aufnehmen. Er erzählt viel von seinem letzten Aufenthalt in X., wo er sehr flott gelebt habe, er sei auf der Strasse vom Prinzen N. angesprochen, der ihn für einen Offizier gehalten habe, im Theater habe er für vier Damen, unter denen „sein kleines Mädchen" gewesen sei, eine Loge gemiethet, was allgemeines Aufsehen erregt habe, dann habe er denselben in einem grossen Hôtel ein feines Souper gegeben; er sei immer von Geheim-Polizisten umgeben gewesen, die er alle persönlich kenne; auch sei er in einem Damenbad gewesen und eines Morgens nach durchschwärmter Nacht mit einer Trompete und Reitpeitsche in der Hand durch die Strassen gegangen, wobei er an die ihm begegnenden Schulkinder Bonbons und Pfefferkuchen vertheilt habe.

In der Anstalt verhält Pat. sich ziemlich ruhig, musicirt viel, singt dabei übermässig laut, liest und schreibt viele Briefe und beschäftigt sich auch sonst mit mechanischen Arbeiten. Sein körperliches Befinden ist gut, der Schlaf kurz, selten länger als 4—6 Stunden dauernd. Da Patient sich relativ ruhig und vernünftig beträgt, wird ihm gestattet, auszufahren und spazieren zu gehen. In seinen zahlreichen Briefen kehrt immer derselbe Gedanke wieder, dass er der aus dem Lebenssturm, wie Schiller singe, gerettete Schiffer im kleinen Nachen sei, der das Steuerruder verloren, nun aber in einer tüchtigen Gefährtin des Lebens eine Führerin des Lebensruders gefunden habe. Als ihm nach einiger Zeit mitgetheilt wird, dass er nach dem Urtheil des Kreis-

physikus (auf das er sich berufen hatte), noch nicht ganz gesund sei, wird er erregt, braust auf, schilt den Arzt wortbrüchig, rühmt dann seine psychiatrischen Kenntnisse: Er kenne seinen Zustand besser, er könne sich selbst beurtheilen, er habe mehr gelernt als alle Doctoren, er stecke alle Aerzte mit ihren Kenntnissen in seine Tasche, Weihnachten müsse er fort, da er heirathen wolle, dabei bleibe es. Dann will er sich in der Nähe ein Gut kaufen, in die Freimaurerloge eintreten und schreibt auch diesbezügliche Briefe. Der Königin will er einen schönen ausgesägten, vergoldeten Theekasten senden, auch bei dem Könige um eine Audienz nachsuchen. Obgleich Pat. verhältnissmässig ruhig ist, lässt sich doch eine gewisse Erregung constatiren. Er beschäftigt sich zwar, springt aber oft von einer Arbeit zur anderen und trägt sich beständig mit Plänen zur Abreise.

Am 24. December 1887 steigert sich seine Unruhe. Auf einer Spazierfahrt Vormittags äussert er beständig Wünsche, singt, ruft Leute an, die er gar nicht kennt, beschenkt in Kaufläden, die er besucht, fremde Damen und kann nur mit Mühe von weiteren Excentricitäten abgehalten werden. Den Aerzten gegenüber benimmt er sich ungebührlich, schimpft dieselben „Lumpe", nennt sie wortbrüchig und wird überhaupt recht heftig. Am 25. December Abends gelingt es ihm, aus der Anstalt zu entweichen und mit dem Geld, was ihm ein ihm bekannter Gastwirth lieh, nach X. zu entkommen. Von hier depeschirt er an den Inspector der Anstalt: „Sämmtliche Sachen nach X. schicken, X.-Hôtel!" und da er somit seinen Aufenthalt selbst verrathen hat, wird er mit Hülfe der Polizei in die Anstalt zurückgebracht. Er ist zwar gereizter Stimmung, und besonders dem Arzte gegenüber sehr heftig, verhält sich im Uebrigen aber ruhig und versucht, sich zu beschäftigen. Meist läuft er mit den Hosen in den Strümpfen, an den Füssen Hausschuhe, mit einem alten Schlafrock bekleidet, auf dem Kopfe eine Pelzmütze umher und macht so im Gegensatz zu früher einen plumpen bäuerischen Eindruck. Oft ist er, vielleicht infolge eines Hämorrhoidalleidens, ärgerlich und verdriesslich und besonders über die Aerzte verstimmt, allmählich jedoch wird seine Gemüthsstimmung wieder heiterer und zufriedener, er achtet auch wieder auf sein Aeusseres, und von April bis Mitte November 1888 ist wieder ein völlig freies Intervall vorhanden.

Am 15. November beginnt dann wieder eine Veränderung im Wesen und Benehmen des Kranken sich bemerkbar zu machen. Er wird ungewöhnlich lebhaft und animirt, zudringlich und im Verkehr mitunter unerträglich, ohne dass sich sein Zustand gerade bis zur maniakalischen Exaltation steigert. Ende Januar 1889 lässt die Erregung langsam nach, Patient wird wieder ruhiger.

Ende März ändert sich der physiognomische Gesichtsausdruck in ungünstigem Sinne: Patient macht einen gespannten Eindruck, ist verstimmt, kurz angebunden, will durchaus heirathen, „das sei das einzig Richtige für ihn, hätte ein Arzt ihm gesagt." Die Verstimmung hält bis zum Mai 1889 an, dann folgt wieder ein längeres freies Intervall bis Ende August, während dessen Patient eine mehrwöchentliche Reise nach Wien unternimmt.

Kurz nach seiner Rückkehr von derselben tritt wieder eine etwa 4wöchentliche Depression ein: Patient ist stumpf, apathisch, theilnahmlos, hält sich zurückgezogen, scheut den Verkehr mit den Mitpatienten und jede Beschäftigung. Sein Gesichtsausdruck ist müde und Hülfe suchend; auch jetzt raucht er, so lange die traurige Verstimmung anhält, nicht.

Dieser Zustand macht sodann wieder einem relativ freien Intervall (vom 20. September bis 10. November 1889) Platz und darauf folgt wieder eine länger dauernde Exaltation, in welcher Patient dasselbe Charakterbild in photographischer Treue wie früher bietet: er wird zudringlich, dreist, sehr geschwätzig, macht übermässig viel

Ausflüge, trägt sich mit Heirathsprojecten („25 Jahr auf stürmischer See, sehnt sich mein Lebensschiff nach einer Stenerin und einem Hafen") etc.

Seit Mitte Januar 1890 wieder relativ normales Verhalten.

Krankengeschichte 3. Eigene Beobachtung. Cyklische Psychose. Herr T., 41 Jahre alt, Kaufmann, stammt aus einer stark belasteten Familie. Sein Vater war melancholisch, wurde aber geheilt, der Bruder seiner Mutter ist ebenfalls geisteskrank.

Patient war bis vor 2 Jahren (stets) gesund, sein Gedächtniss war gut, seine Gemüthsstimmung zufrieden. Dann hatte er mancherlei geschäftliche Sorgen, die ihn sehr drückten. Er wurde schlaflos, erschien heftig und ungeduldig, fürchtete ein unbestimmtes Unglück und klagte vielfach über Kopfschmerzen, besonders auf dem Scheitel. Eines Nachts sprang er aus dem Fenster und erlitt eine Malleolen-Fractur. Nach der Heilung der Verletzung besserte sich sein Geisteszustand anscheinend. Doch nach einigen Monaten unternahm er einen erneuten Selbstmordversuch und kam dann nach der Irrenanstalt in N., von wo er nach $1^1/_4$jährigem Aufenthalt (trotzdem er für noch nicht geheilt erklärt war), entlassen wurde. In den ersten Wochen zu Hause war er ruhig und beschäftigte sich auch etwas, dann fing er wieder an, unthätig umherzulaufen, klagte, er sei lebensunfähig, verlangte, Andere sollten ihn tödten, äusserte, man werde ihn ketten und abführen, sein Kopf und sein Herz seien leer, er könne nicht weinen, das sei der Tod, er sei an allem Unglück Schuld etc.

Patient wurde daher am 26. December 1883 nach der Maison de santé gebracht.

Er ist von untersetzter Statur, mässig kräftig gebaut. Die Gesichtszüge sind schlaff, der Gesichtsausdruck schmerzlich, Lungen und sonstige Organe sind gesund, Kniephänomen vorhanden, Puls mässig voll, 80 Schläge in der Minute.

Patient schildert auf Befragen den Anfang seiner Krankheit, indem er erklärt, er habe zu viel Selbstgespräche geführt, auch in der Nacht, wenn er wach gewesen sei, habe er stets gesprochen. Es hätte ihm das ein unangenehmes Gefühl verursacht, welches ihm selbst viel Unruhe gemacht habe und ihn habe empfinden lassen, dass seine Nerven nicht gesund seien. Von dem Sprung aus dem Fenster weiss er nichts; man habe ihm dies später erzählt, er selbst erinnere sich aber nicht daran, er habe sich auch gar nicht das Leben nehmen wollen; er sei sehr vergesslich und habe schon seit langer Zeit keine klare Erinnerung für das Erlebte gehabt, etc. In seinen Angaben über sein Befinden widerspricht sich Patient häufig; einmal sagt er: „Ich habe das Gefühl, als sei mein ganzer Körper hohl und leer, auch im Kopfe habe ich dasselbe Gefühl, oft ist mir, als fehle derselbe ganz, meine Augen sind voll Blut; ich bin auch ganz arbeitsunfähig, wenn ich zu Hause wäre, könnte ich doch nicht arbeiten" etc., und kurze Zeit darauf schon äussert er: „Ich fühle mich geistig und körperlich ganz gesund, ich brauche in keiner Anstalt zu sein, denn mir fehlt nichts, ich habe kein anderes Gefühl als die Sehnsucht nach Hause, ich kann so gut zu Hause sein, wie in einer Anstalt." Häufig führt Patient Selbstgespräche, schüttelt mit dem Kopf und unterhält sich in halblautem Tone, unruhig hin- und hergehend. Darauf aufmerksam gemacht, äussert er: „Das habe ich immer gethan, ich denke an O. und dann spreche ich so vor mich hin, was ich denke."

Mitunter scheint es, als ob Patient gar kein Fassungsvermögen besitzt, als ob er absolut nicht versteht, was man zu ihm sagt. Unruhig läuft er von einem Zimmer in das andere, sieht leer vor sich hin, doch kommt er jedem an ihn gestellten Wunsche nach, wie er überhaupt den Eindruck eines willenlosen und ohne Bedenken und Ueberlegen sich fügenden Menschen macht. Wie im Schlafe geht er umher, ohne von dem, was er thut, Bewusstsein zu haben. So klopft er laut gegen die Thür und behauptet in derselben Minute, es nicht zu wissen, er zerschlägt ein Glas und schwört, es sei ihm nichts davon bewusst. Wird ihm ein Wunsch versagt, so wiederholt er

denselben, als habe er nichts gehört; verbieten ihm die von ihm belästigten Mitpatienten ihr Zimmer, so kehrt er trotzdem zurück, offenbar ohne verstanden zu haben, was man ihm gesagt hat.

Der Schlaf des Patienten ist trotz Chloralgebrauchs unruhig, von kurzer Dauer, oft unterbrochen; er behauptet, seit 3 Jahren überhaupt nicht geschlafen zu haben, und will es auch nicht glauben, wenn man ihn überzeugen will, dass er geschlafen hat. Der Appetit ist ziemlich gut, der Stuhlgang regelmässig.

Allmählich steigert sich die Unruhe des Patienten, er geht ungenirt in die Zimmer seiner Mitpatienten, sucht in deren Sachen umher, klopft an alle Thüren, behauptet, Bekannte und Verwandte hineingehen gesehen zu haben, verlangt dieselben zu sprechen und glaubt keiner Versicherung, dass er sich täusche. Sein ganzes Gebahren ist nach wie vor traumartig: er fragt immer dasselbe, wiederholt immer dieselben Wünsche, als habe er keine Antwort erhalten, sieht leer und verständnisslos vor sich hin, hat für nichts Interesse, treibt nicht Lectüre und betheiligt sich fast nie an einer Unterhaltung. Auf jeden Versuch, ihn zu beruhigen, hat er nur die eine Antwort: „Lassen Sie mich nach Hause, hier bin ich Jedem eine Last, ich bin zu Hause ganz ruhig, da ist es am besten für mich: ich bin hier unnütz, ich bin ganz gesund, wozu soll ich noch hier bleiben?“ etc. Seine Stimmung ist sehr deprimirt, vorzugsweise Nachts wird er von Beängstigungen gequält, ruhelos läuft er wie ein Verfolgter umher; weinend und jammernd wiederholt er Stunden lang: „Ich halte es nicht aus, hier kann ich nicht bleiben, ich will heraus und nach Hause, ich will nach oben, da habe ich mein Zimmer, bitte, lassen Sie mich heraus, was habe ich Ihnen gethan, ich kenne Sie gar nicht, weshalb halten Sie mich hier fest u. s. w. u. s. w.“ Der Gedanke, zeitlebens in der Anstalt bleiben zu müssen, plagt ihn Tag und Nacht, er sagt: „Ich weiss nicht, was ich machen soll; hier nehmen Sie meinen Kopf! weiter kann ich nichts verlieren, ich bin ein unglücklicher Mensch, ich weiss nicht, wie lange es noch dauern wird, da können noch 100 Jahre vergehen, ehe ich herauskomme. Dr. N. wird mich nicht herauslassen, wenn auch meine Frau nicht für mich bezahlt; mir ist hier nicht gut, oben (im Zimmer) war mir auch nicht gut, in X. war mir auch nicht gut, zu Hause wird mir auch nicht gut sein, ich will aber nach O., das ist mein Geburtsort, was soll ich hier, ich störe nur die andern Herren, die Meinigen müssen es ertragen.“

In gleicher Weise vergeht so ein Tag wie der andere. Patient drängt beständig nach Hause, sein ganzes Sinnen und Trachten ist nur darauf gerichtet, auf irgend eine Weise aus der Anstalt zu entkommen. Wiederholt bittet er, man möge ihm Gift geben, ihn erhängen, erschiessen, lebendig begraben, um ihm nur Ruhe zu verschaffen; er wisse selbst, dass er seine Umgebung furchtbar belästige, finde es auch sehr unschicklich, könne es aber nicht ändern. Erst sehr allmählich, Anfang März 1884, wird Patient etwas ruhiger, seine Stimmung ist zufriedener, er zeigt mehr Interesse für seine Umgebung und nimmt auch an den Unterhaltungen seiner Mitpatienten Theil. Nur vorübergehend wird er durch Wahnvorstellungen beängstigt, läuft dann unruhig hin und her, besteht darauf, sofort entlassen zu werden, um nach O. reisen zu können, und führt laute Selbstgespräche: „Ich habe doch keinem Menschen etwas gethan, habe keine Brunnen vergiftet, kann auch nichts für die Pest, an dem Tode des Kaisers N. bin ich auch nicht Schuld, denn ich war damals erst 13 Jahre alt“ etc., und diese Betheuerungen wiederholt er beständig, als fürchte er, man könne ihm nicht glauben.

Während Patient am Tage meist ruhig, ja selbst ganz heiter und vergnügt ist, verbringt er die Nächte oft schlaflos, steht unzählige Male auf, geht nur mit einem Hemd bekleidet hastig auf und nieder, unverständliche Worte leise murmelnd, und kann erst mit Hülfe von Paraldehyd oder anderen Narkoticis zu einem kurzen Schlummer

gebracht werden. Dafür schläft Patieut fast stets am Tage einige Stundeu fest, behauptet aber nach wie vor mit aller Entschiedenheit, er habe seit Jahreu uiemals geschlafen.

Anfang Mai ist eine deutliche Besserung in dem Befinden bemerkbar. Patient ist auffallend heiter, sucht lebhaft Uuterhaltung, erzählt Anekdoten uud Witze, lacht uud scherzt und äussert über seine früheren Wahnideeu, er habe Tausende von Meuscheu umgebracht und wolle hier erschlagen werden: „Ich weiss nicht, wie ich dazu kam, ich sehe aber jetzt, es war Unsinn."

Besonders gegeu Abend wird Patient, währeud er vorher stiller ist und um seine Entlassung bittet, übertrieben lustig, erzählt ohne Ende und ist so unermüdlich, dass er zum Schlafengeheu wiederholt aufgefordert werden muss. Der Schlaf ist ziemlich gut, auch am Tage uickt Patieut, auf dem Sopha sitzend, oft ein, bestreitet dies aber hartnäckig uach wie vor.

Mitte Juni 1884 zeigt sich wieder eine grössere Unruhe bei dem Patienten, er quält die Aerzte und die Inspectorin mit Bitten, ihn zu entlassen und wiederholt Stundeu lang in weinerlichem Toue: „Entlassen Sie mich! wozu bin ich hier, ich bin ganz gesund, ich will fort etc." Mit wahrer Gier sammelt er die fortgeworfeneu Cigarrenreste seiner Mitpatienten, um dieselben aufzurauchen, sucht in deu Aschbechern der verschiedenen Zimmer nach Cigarrenstummeln, rollt abgefallene Cigarren-Blätter zusammen und umwickelt sie mit Papier, kurz er raucht alles von Tabakresten, was er nur findet, sei das Stückchen auch noch so unsauber und kleiu. Die Leidenschaft zu rauchen, kann Patient kaum eine Minute uuterdrücken, unaufhörlich bittet er, ihm doch mehr Cigarreu zu geben, und seine Unruhe nud Augst mehrt sich merklich, wenn er mit dem Rauchen pausiren muss.

Seiu Verhalten wechselt jetzt mit grosser Regelmässigkeit vou eiuem Tage zum andereu. Heute ist er heiter uud vergnügt, oft übertrieben lustig, ueckt seine Mitpatienten und denkt gar uicht daran, nach Hause zurückzukehren, morgen hat er ein verängstigtes Aussehen, bleiche Gesichtsfarbe, läuft rastlos durch alle Zimmer, oder hinter der Inspectorin oder einem Mitpatieuten her und quält Jeden, doch für seine Eutlassung zu wirken. Eigenthümlich ist es, dass Patient iu deu ruhigeu Tagen nur sehr mässig raucht, ja selbst im Staude ist, dasselbe ganz einzustelleu, während er, wenn die Beängstiguugen über ihn kommen, förmlich auf jedeu Cigarren-Stummel Jagd macht und kaum zu beruhigen ist, wenn mau seiuem Verlangeu nach Cigarreu uicht gleich nachkommt.

Von Anfang August bis Mitte September 1884 folgt eiu fast völlig freies Intervall, in dem Patient bei zufriedener Gemüthsstimmung ein andauernd ruhiges und vernünftiges Verhalten zeigt. Vorübergeheud treten zwar noch kurz dauerude Angstzustände auf, doch bemüht sich Patient, dieselben energisch zu unterdrückeu; er athmet dann schwer und tief, spielt hastig nervös mit den Häudeu, tastet unruhig an seinem Körper umher, spricht kein Wort und zieht sich vou dem Verkehr zurück; seine Umgebung aber belästigt er, wie er es in diesem Zustand sonst gethan, nicht. Nur das Sucheu und Weiterrauchen der unsaubersten Cigarren-Reste hält Patient fest, obgleich er selbst äussert: Es sei eine unaugenehme Angewohnheit.

Vom 15. September bis 15. October 1884 herrscht wieder wechselndes Verhalten und regelmässige Wiederkehr guter Tage, in denen Patient heiter und ruhig ist, und solcher, an welchen er von Uuruhe und Angstzustäudeu geplagt wird.

Es folgt darauf ein völlig freies Intervall bis Anfang December 1884. Patient ist andauernd zufriedener Stimmung und unverändert freundlich und verträglich im Verkehr mit seinen Mitpatienten. Nach dieser Zeit macht sich wieder eine unmotivirte Heiterkeit und übertriebeue Lustigkeit bei dem Patienten geltend. Er neckt und foppt

seine Mitpatienten, wo er ihrer nur habhaft werden kann, und hascht ordentlich nach einem Grund in dem Thun seiner Umgebung, um darüber zu spotten und sich lustig zu machen. Ueber seine hinausgeschobene Rückkehr nach Hause äussert sich Patient auffallend gleichgültig, er scheint überhaupt jetzt wenig über seine eigenen Interessen nachzudenken. Doch zeigen sich auch Augenblicke, in denen seine trübere Stimmung mehr hervortritt. Besonders stimmen ihn Fragen seiner Mitpatienten, die sich auf die Art seiner früheren kaufmännischen Thätigkeit, sowie auf seine Geschäftsführung beziehen, ernster; er zeigt dann im Gespräch einen Mangel an Vertrauen zu sich selbst und zu seiner Leistungsfähigkeit. Zu irgend einer ernsteren Beschäftigung hat Patient gar keine Neigung, selbst das Lesen einer Zeitung ist bei ihm flüchtig, er zeigt überhaupt für die Vorgänge in der Aussenwelt wenig Interesse.

Im Februar 1885 zeigen Stimmung und Verhalten des Pat. wieder ein anderes Bild. Seine Sucht, die Mitpatienten zu necken, ist kaum noch zu bemerken, seine sonst übertriebene Heiterkeit tritt gar nicht mehr hervor; er ist leicht gereizt und ganz gegen seine sonstige Art leicht verletzt und beleidigt; er zieht sich mehr zurück, ist stiller und ernster und macht oft einen unruhigeren Eindruck, als ob ihn Sorgen oder besondere Gedanken quälten. Er äussert auch: Er fühle sich doch noch nicht ganz gesund, er nütze seiner Familie in diesem Zustande doch nicht und wolle unter diesen Verhältnissen lieber noch einige Zeit in der Anstalt bleiben.

Im März 1885 hat das Wesen des Patienten abermals einen anderen Charakter angenommen. Er zeigt auffallend mehr Lebendigkeit, spricht Stunden lang ohne Ende, hastig, schnell und sich häufig wiederholend. Dabei befindet er sich in sehr gereizter Stimmung, sieht in der harmlosesten Aeusserung eine Beleidigung, ist oft grob und rücksichtslos, duldet keinen Widerspruch und belästigt seine Mitpatienten, ohne auf deren Wünsche zu achten, sie nicht zu quälen. In seinen Aeusserungen machen sich Grössenideen bemerkbar: er glaubt über immense Summen zu verfügen, wünscht ein grösseres, schöneres Zimmer, koste es, was es wolle, verlangt einen neuen Anzug, eine Uhr, will an die Wärter Geld vertheilen, Depeschen absenden; dann hat er wieder die Absicht, in O. selbst eine Anstalt zu bauen, will Aerzte und Dienstpersonal mitnehmen, denselben bedeutend mehr Gehalt geben, als sie bekämen, will grosse Reisen nach Wien, London, Schweiz, Frankreich unternehmen, rühmt sein grosses Vermögen, etc. etc. Ein anderes Mal schreibt er unzählige Briefe an die Behörden, seine Verwandten, die Aerzte und verfasst auch Berichte über die Anstalt und das Dienstpersonal, die er in verschiedenen Zeitungen aufnehmen lassen will.

Patient ist vollständig verwirrt, in wilder Ideenflucht treibt ein Gedanke den anderen; er schwatzt ununterbrochen, ohne zu wissen, was er redet und geredet hat: bald lobt und preist er die Anstalt, dann wieder räsonnirt er und tadelt dieselbe, bald flucht und schimpft er über diesen und jenen, im nächsten Augenblick behauptet er das krasse Gegentheil, scheut sich nicht, die offenbarsten Lügen als volle Wahrheit zu beschwören, und lässt überhaupt Niemand zu Worte kommen. Die Unruhe und Erregung des Patienten steigern sich derartig, dass er zeitweise isolirt werden muss. In der gemeinsten Weise schimpft er über die Aerzte, den Inspector, die Wärter, das Essen, die Betten etc.: „Ich brauche keinen Arzt, habe selbst Medicin studirt, bin doch Herr hier, brauche doch nicht Wärter zu spielen, ich habe hier schon 10,000 M. bezahlt, ich brauche die Hunde nicht; alle sind Lumpen, Schufte, Spitzbuben und Betrüger etc.“. Dann wiegelt er seine Mitpatienten unter sich und gegen das Anstaltspersonal auf, verhetzt dieselben derartig, dass es zu Handgreiflichkeiten unter ihnen kommt, und freut sich, dass ihm sein Vorhaben gelungen ist. Das freundlichste Entgegenkommen erwidert er mit Grobheiten; spricht in seiner Aufregung jeden mit „Verfluchter Hund“ und „Du“ an, fühlt sich als Herr und Chef der Anstalt: Er habe über

Alle zu kommandiren, über die Aerzte, über den Chef. Er hält sich für den Leiter und die erste Person in der Anstalt, kümmert sich um Bauten und andere Einrichtungen: Er verlange von Jedem Gehorsam und würde sofort auch die Aerzte herauswerfen, wenn sie ihm nicht pariren würden oder widersprächen: „Ich schlage sie doch noch alle todt, nicht mit der Faust sondern mit der Feder, bei Gott, ich schmeisse sie wirklich heraus, ich habe doch schon andere Hunde herausgeschmissen, ich bin ein grosser Herr, habe beim russischen Kaiser gespeist“ u. s. w.

Beständig sucht Pat. mit irgend Jemand Händel und Zank anzuknüpfen, und hat er das erreicht, dann fährt er auf ihn los: „Du Lump, Mörder, Räuber, Du Taschendieb, was bist Du? Gar nichts bist Du, Sch . . . . bist Du; ich bin Professor, Geheimrath, Oberchef, ich Herr T., was kommst Du Hund hierher? Bei Gott, der Chef wird Dich auf meine Veranlassung nach Dalldorf schicken, Du Hund, Du Lump, kannst ja doch nicht bezahlen, scher' Dich zum Teufel, bei Gott, ich kann doch Alles machen, ich bin ja Herr T.“ Des Patienten Zuneigung und Freundschaft wechselt im Handumdrehen: während er jetzt Jemand verdammt, zum Mörder und Spitzbuben macht, lobt er ihn und schmeichelt ihm im nächsten Augenblick, küsst ihm die Hand: „Ah! mein bester Freund, wie geht es Ihnen? wir sind doch immer gute Freunde gewesen“ etc.

Dieser Zustand und dieses unleidliche Verhalten des Pat. hält ununterbrochen bis Ende April 1886 an. Der Appetit des Pat. ist andauernd gut, die körperlichen Functionen in Ordnung, der Schlaf meist unruhig und oft unterbrochen. Im Mai ist Pat. endlich anscheinend etwas beruhigter, aber noch wie früher leicht reizbar und stets kampfbereit; er ist derartig von sich eingenommen, dass er glaubt, sich Alles erlauben zu können, dass ihn die Anstaltsordnung gar nicht kümmere, dass sich um ihn Alles drehe. Er redet sich ein und seinen Mitpatienten vor, dass die Aerzte nur um seine Freundschaft buhlten, er habe sie doch alle gepackt, könne die Anstalt jeden Tag schliessen und die Hunde, die Aerzte, jagen, wenn es ihm passt. Während Patient sich vor den Augen der Aerzte beliebt zu machen sucht, kann er es nicht unterlassen, jeden neuen Pat. gegen dieselben aufzuwiegeln, schimpft in gemeiner Weise über deren Unkenntniss und Behandlung der Kranken, macht sowohl die Anstalt wie das ganze Personal schlecht und freut sich dann, die Herren wieder für sich zu gewinnen.

Von Mitte Juni bis Mitte August 1886 zeigt Pat. ein andauernd ruhiges und gesittetes Verhalten, während gleichzeitig der Schlaf ruhig und ununterbrochen ist, so dass Pat. nach der leichteren Station verlegt werden kann.

Mitte August 1886 beginnt der Zustand sich wieder zu verschlechtern. Zwar nimmt Pat. sich offenbar zusammen und benimmt sich seinen Mitpatienten gegenüber zurückhaltend und bescheiden. Aber die innere Unruhe verräth sich durch ununterbrochenes Bewegen der Hände und Arme, indem Pat. den Kopf und das Gesicht sich streicht, die Hände ringt, und wohl auch an den Fingern zu pflücken und zu zupfen beginnt. Auch fragt er wiederholentlich am Tage, ob er auf der Station bleiben dürfe, ob man ihn auch nicht in die andere Station versetzen würde. Die unregelmässigen, bald einen, bald zwei Tage andauernden Perioden der Ruhe werden durch immer grössere und anhaltendere Ausbrüche der Unruhe, des ruhelosen, sinnlosen Schwatzens und Raisonnirens unterbrochen. Anfänglich ergeht sich Pat. in lauten, heftigen, selbstquälerischen Anklagen: Er passe nicht in die Gesellschaft, er sehe unordentlich aus, er verstehe nichts, er habe nichts gelernt, in seinem Berufe nichts geleistet etc. Diese Selbstanklagen steigern sich gegen Abend bis zu Selbstmordideen, die durch äussere Pantomimen verdeutlicht werden. Schliesslich bringt Patient sinnlose und verworrene Wörter heraus, die er mannigfaltig wiederholt.

Im Laufe der Zeit bessert sich das psychisches Verhalten so, dass Pat. wenig-

stens äusserlich sich ruhiger zeigt. Indessen dauert die innere Unruhe, wenn auch nicht in der früheren Stärke an. Der Kranke vermag nicht lange an einer Stelle zu bleiben, streicht gern und längere Zeit hindurch eine Hand mit der anderen oder Kopf- und Barthaar oder kratzt sich wund. Auch das alte Verlangen nach Cigarren äussert sich in früherer Stärke. Appetit und Stuhl sind mangelhaft, Schlaf nur nach Chloral zu erzielen.

Wieder tritt Mitte October 1886 ein stärkerer Depressionszustand ein; ruhelos und bekümmert geht Pat., vor sich hin grübelnd, auf und nieder, bittet seine Mitpatienten, ihn zu tödten: Sein Leben habe weder Werth noch Zweck, er sei ein ganz schlechter Mensch, sei ein Mörder, Dieb, Nihilist, er werde nie sterben, Tausende von Jahren leben, der ganzen Menschheit zur Qual und Last, er könne nie mehr froh werden, keine Ruhe finden, nur der Tod könne ihn retten. Nahrung nimmt Pat. zögernd, anscheinend nur aus Furcht, um nicht gefüttert zu werden.

Allmählich fängt Pat. wieder an, etwas freier und weniger verängstigt zu sein, er nimmt williger Nahrung zu sich und äussert nicht mehr die verworrenen Angstvorstellungen, getödtet sein zu wollen. Im Allgemeinen wechselt sein Verhalten ziemlich regelmässig Tag für Tag zwischen apathischer Ruhe, indem er still auf einem Fleck sitzt oder liegt, und heftiger Unruhe, während der er unablässig auf- und abgeht, Hände und Gesicht reibt und aufkratzt und um Cigarrenstummel bettelt. Dann wieder verlangt er dringend: Er müsse todt geschossen werden, man solle ihn, gleichgültig wie, begraben, er könne dieses elende Leben nicht mehr ertragen. Diese Klagen hören nur auf, sobald Pat. eine Cigarre bekommt, die er dann mit grosser Gier verpafft, so dass ihm bisweilen danach übel wird. Dann wieder schmäht Pat. auf sich selbst: Er sei der allerverworfenste Mensch und der grösste Verbrecher, er habe alle Kriege veranlasst, habe auch als Nihilist die Ermordung des russischen Kaisers angestiftet. Er verlange der russischen Regierung ausgeliefert zu werden. Er sei schon auf der Polizei in O. gewesen und habe verlangt, ihn festzunehmen, man habe ihn aber hinausgeworfen. Jetzt müsse er der Staatsanwaltschaft übergeben werden, die wisse schon, was er für ein Verbrecher sei; dann käme er ins Zuchthaus, und seine Frau, die ja nichts hätte, brauche nicht mehr für ihn zu bezahlen. Im Zustande der Ruhe und Apathie hält sich Pat. meist zurückgezogen, giebt auf Fragen nur einsilbige Antworten und bringt den grössten Theil des Tages unbeschäftigt zu, indem er auf dem Sopha liegt.

Anfang Januar 1887 vollzieht sich in dem Zustande des Pat. eine deutliche Veränderung. Die Erregungszustände nehmen an Ausdehnung und Intensität sichtlich ab. Pat. zeigt nunmehr ein mehr gleichmässiges, niedergeschlagenes Wesen, indem er sich still und wortlos für sich hält. Er bettelt nicht mehr beständig um Cigarren, sucht nicht nach Cigarrenresten in den Aschbechern und zeigt auch nicht mehr die hastig schlingende Gier beim Essen.

Doch schon nach kaum 5 Wochen (Febr. 1887) wird dieser Zustand der verhältnissmässigen Ruhe wieder von Neuem durch das dringende Bitten, ihn zu tödten, häufiger unterbrochen. Indessen scheint demselben die frühere Energie und Stärke zu fehlen. Das Reiben und Kratzen an Händen und Kopf ist wieder wahrnehmbar, und Pat. isst wieder hastiger und mit grösserer Gier. In seinem Aeussern erscheint er sehr nachlässig, er wäscht sich nur mangelhaft und sträubt sich dagegen, dass ihm neue Kleider besorgt werden, da es ja doch bald ein Ende nehmen müsse. Erregung und Ruhe wechseln derartig, dass Patient am Morgen und Vormittag unruhig ist und die Kranken durch seine alten Bitten quält, während im Laufe des Nachmittags bis zum Abend wenigstens äussere Ruhe eintritt. Indessen verräth das unausgesetzte Kratzen des Kopfes und der Hände die innere Aufregung.

Die Perioden der Ruhe und Unruhe nehmen mit der Zeit (seit Mai 1887) einen ganz unregelmässigen Charakter an. Pat. bleibt manchmal 8 Tage lang vollkommen ruhig, vermag sich anregend zu unterhalten, liest in der Zeitung und zeigt ein verhältnissmässig manierliches Benehmen, betheiligt sich auch an den gesellschaftlichen Spielen. In den unruhigen Tagen beherrscht den Patienten ein unwiderstehlicher Drang zum Sprechen, der ihn den ganzen Tag reden lässt; er hängt sich Stunden lang an einen Patienten oder Wärter mit seinen stöhnend hervorgebrachten Bitten, ihm einen Revolver und dergl. zu verschaffen, und steht von diesen quälenden Zumuthungen auch nicht ab, mag Jemand ihm die Erfüllung seines Anliegens versprechen oder ihn energisch abweisen. In diesem Zustand ist er ferner ausserordentlich unsauber in seiner Erscheinung und, namentlich beim Essen, unmanierlich, setzt trotz aller gegentheiligen Versprechungen das Rauchen höchst unappetitlicher Cigarrenstummel ungenirt fort und leugnet es dann bei Vorhaltungen in dreister Weise.

In unveränderter Weise dauert dieses Verhalten des Pat. den ganzen Sommer hindurch bis zum Ende des Jahres 1887 an. Die innere Angst, die den Pat. noch immer beherrscht, macht sich jetzt in leidenschaftlichem, ja fast krankhaft betriebenem Domino-Spiel bemerkbar. Schon vom frühen Morgen an, während des Aufenthalts im Garten, in den Pausen zwischen den Mahlzeiten sitzt Pat. dabei, ohne sich die geringste Erholung zu gönnen. Die innere Erregung wird auch äusserlich sichtbar, sobald Pat. mehrere Male hinter einander verliert: die Blicke werden unstet, die Hände in einander gepresst und über den Kopf geführt, etc. Dasselbe ist der Fall, wenn z. B. durch einen Spaziergang oder die Mahlzeiten das Spiel unterbrochen werden muss. Eine Einschränkung des Rauchens dagegen hat Patient mit Passivität über sich ergehen lassen.

Allmählich, im Februar 1888, vollzieht sich abermals ein Umschwung in dem Verhalten des Patienten. Die Angstzustände treten fast gar nicht mehr auf. Er ist in seinen Reden vielfach prahlend, thut sich auf seine Kenntniss der Anstaltsverhältnisse den anderen Patienten gegenüber etwas zu Gute, spricht auch über nationale und sociale Verhältnisse ohne tiefere Kenntniss mit ziemlicher Ueberhebung. Seine Aeusserungen verrathen bald deutliche Grössenideen. Prahlerisch erzählt er, er habe vom Chef den Auftrag erhalten aufzupassen, dass die anderen Patienten ruhig sind, der Chef selbst wage gar nicht, ihm etwas zu sagen, weil er sich vor ihm fürchte; er brauche nur einen Brief an Frau N. zu schreiben, dann könne er jeder Zeit die Anstalt verlassen, er habe hier alles anzuordnen, selbst die Aerzte müssten ihm gehorchen, etc. Dann bestellt er einen neuen vollständigen Anzug und neben einem anderen Paar Stiefel noch ein Paar Lackstiefel. Dabei spricht und schwatzt er unaufhörlich, ist den ganzen Tag ruhelos auf den Beinen, schreibt Bogen lange Briefe an die Angestellten der Anstalt, sucht auf alle nur mögliche Weise Jemand zum Anhören seiner Pläne zu erhaschen, zeigt starkes Verlangen nach Cigarren, klagt bald über dies, bald über jenes, hat unzählige Wünsche – kurz mit photographischer Treue ist dasselbe Verhalten, dieselben Bewegungen, dieselben Ideen, das beständige Schwatzen, wie er es das vorige Mal bei Beginn der Manie zeigte, wiedergekehrt. Dabei hält er sich jetzt seit der Zeit der Melancholie für ganz gesund, will nach Paris zu seinem Vergnügen reisen, lässt keinen seiner Mitpatienten in Ruhe, spricht, schreit und lärmt den ganzen Tag; auch in der Nacht ist er trotz starker Chloral- (3 g) resp. Paraldehyd- (8 g) Gaben sehr unruhig und schläft nur wenige Stunden.

Im April 1888 nimmt die hochgradige Aufregung des Patienten immer mehr zu; mit seiner Umgebung geräth er oft in Streit, die Wärter schimpft er: „Schinder, Räuber, Mörder, Hunde, Taschendiebe“ etc., die Mitpatienten reizt er gegen die Aerzte auf, wird auch gegen einen Kranken thätlich, verunreinigt sein Zimmer, stösst mit den

Füssen gegen die Thür und schreit, trotzdem er schon ganz heiser ist, unaufhörlich, so dass er zeitweise isolirt werden muss.

Mitte Mai 1888 erkrankt Patient, ohne dass sein psychisches Verhalten eine Aenderung erfährt, an einem Magenkatarrh, der mit ziemlich hohem Fieber einhergeht und etwa 14 Tage anhält. Trotzdem befolgt er nicht die ärztlichen Anordnungen bleibt nicht im Bett liegen, verschmäht die Medicin, da sie ein Gift sei, und ist erregt und gereizt, wenn man ihn ermahnt, fügsam zu sein. Er spricht ununterbrochen den ganzen Tag, schimpft beständig auf die Aerzte, die nichts verständen, will nach Paris zu Pasteur, um sich von seiner „Tollwuth" kuriren zu lassen, und ist oft so erregt, dass eine zeitweilige Isolirung häufiger nöthig wird.

Erst im September 1888 zeigt Patient wieder ein mehr ruhiges Verhalten und hält sich von den anderen Kranken fern, hat aber noch viele unverständigen Wünsche. Allmählich geht dieser Zustand wieder in tiefe Depression über: Patient spricht nur im leisesten Flüsterton, überlässt alle Anordnungen über seine Person dem Arzte, drängt nicht mehr auf den bisher so dringend gewünschten Stationswechsel und sitzt längere Zeit auf einem Flecke, ohne sich zu bewegen oder für irgend etwas in seiner Umgebung Theilnahme zu verrathen. Er ist jetzt in seinem Benehmen im Gegensatz zu früher zurückhaltend und bescheiden, äussert auch kein Verlangen mehr nach überreichlichem Tabaksgenuss.

Mitte October 1888 treten wieder Angstzustände auf, meist an jedem zweiten Tage, wobei Patient mit seinem nervösen Hände-Reiben und Kopf-Kratzen, seinen mannigfachen Bitten etc. immer dasselbe Bild bietet wie bei seinen früheren Beängstigungen.

Gegen Ende November 1888 ist die Unruhe etwas geringer geworden, sie äussert sich jetzt, neben längeren Zeiten (bis zu 48 Stunden) stillen, verschlossenen und schweigsamen Verhaltens, hauptsächlich in einem lebhaften Drang, Domino zu spielen, eine Unterhaltung, die Patient wie früher vom Morgen bis zum Abend, nur durch die Mahlzeiten unterbrochen, fortsetzt. Zu einer anderen Thätigkeit bezeigt er nicht die geringste Lust, nicht einmal eine Zeitung vermag er zu lesen, nichts flösst ihm ein tieferes Interesse ein. Der Schlaf lässt noch immer manches zu wünschen übrig.

Von Mitte März bis Mitte September 1889 zeigt Patient während eines freien Intervalls ein andauernd gleichmässiges, ruhiges Verhalten, er spielt zwar noch oft und gern Domino, aber nicht mehr mit krankhafter Leidenschaft, und nimmt auch an anderen Unterhaltungen Theil. Ueber Verhältnisse und Ereignisse in der Anstalt hat Patient ein ziemlich verständiges Urtheil und für alle Vorkommnisse ein aufmerksames Ohr und ein treues Gedächtniss. Nur von seiner Entlassung spricht Patient nicht gern, da er ja doch nicht zu Hause bleiben könnte und in eine andere Anstalt nicht gehen möchte.

Gegen Ende September 1889 wird Patient wieder unruhiger. Ohne sichtliche Veranlassung provocirt er einen Streit mit dem Wartepersonal, schimpft dann über die Einrichtungen der Anstalt, drängt in den Arzt oder Inspector, ausgehen oder ausfahren zu dürfen und ist erregt, wenn er eine abschlägige Antwort erhält. Ueber die anderen Patienten spricht er meist in sarkastischer, tadelnder oder sich überhebender Weise, zankt oft mit ihnen und erklärt: „Ich werde mich von solchen Menschen nicht verrückt machen lassen, ich werde mich beim Herrn Director beschweren. Was bildet der sich ein?" etc.

Das körperliche Befinden ist jetzt nicht so gut wie früher. Patient klagt über heftige Stiche im Rücken, Schneiden im Unterleib, Kopfschmerzen und Beschwerden beim Athmen. Dabei besteht fortgesetzte Appetitlosigkeit, anhaltende Stuhlverstopfung und grosse Schwäche. Die Sprache ist auffallend schwerfällig und stotternd, die Be-

wegungen unsicher und gebrechlich. Das psychische Verhalten zeigt keine wesentliche Aenderung. Man merkt dem Pat. deutlich eine gewisse Ruhelosigkeit und Erregtheit an, welche anscheinend nur seines Schwächezustandes halber nicht zum gewöhnlichen Wuthausbruch gelangt. Er hat unzählige Wünsche, widerspricht sich aber oft, ändert seine Entschlüsse und weiss offenbar selbst nicht recht, was er will. Es gelingt nur durch grössere Gaben von Sulfonal, ihn für ein Paar Stunden Nachts einigermaassen zu beruhigen. In unveränderter Weise besteht dieser Exaltationszustand den ganzen October 1889 hindurch fort. Patient findet keinen Augenblick Ruhe, schwatzt und lärmt Tag und Nacht, geräth mit fast sämmtlichen Mitpatienten in Streit, hat Wünsche und Beschwerden ohne Ende, ist trotz aller Bemühungen und grosser Nachsicht nie zu befriedigen; eine sinnlose Vorstellung jagt die andere, und mannigfaltige Einbildungen und Wahnideen beherrschen den Patienten vollständig und nehmen ihn ganz in Anspruch.

Am 31. October 1889 kehrte Pat. zu weiterer Pflege in seine Familie zurück, musste jedoch nach kurzer Frist abermals in einer Anstalt untergebracht werden.

ZWEITER ABSCHNITT.

Reflex- und Consensualpsychosen.

Litteratur.

Pick: Ein Fall von Reflexpsychose nebst Mittheilungen über das sog. Delirium traumaticum oder nervosum und transitorischen Fussklonus. — Thomsen: Vier Fälle von traumatischer und Reflexpsychose. — Wagner: Neuralgie und Psychose (Jahrb. f. Psychiatrie 1889, VIII. H. 3 p. 287). — G. Mayer: Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. — Ill: Acute Psychosen nach gynäkologischen Operationen. Pittburgh med. Journ. Centralblatt für Gynäkologie. — Guauck: Ueber das Verhalten von Neurosen nach gynäkologischen Operationen. Deutsche med. Wochenschrift No. 36. — Leppmann: Geistesstörung nach einer Kopfverletzung. Breslauer ärztliche Zeitschrift No. 10, 1889. — Thomas: Acute mania and melancholia as sequelal of gynecological operations (Med. News Philadelphia 1889). — Bryan: A case of acute delirious mania complicated with strangulated hernia and with abnormal temperatures (The Lancet, 20. Oct. 1888). — Bruns: Zur Casuistik der traumatischen Neurose (Neurol. Centralbl. 1889, No. 5, 6 u. 7). — Sperling und Kronthal: Eine traumatische Neurose mit Sectionsbefund. Neurol. Centralbl. 1889, No. 11. — Strümpell: Ueber traumatische Hysterie. Münch. med. Wochenschr. 1889, No. 11. — idem: Ueber traumatische Neurosen. Berl. Klin. 1888, H. 3. — Oppenheim: Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889, A. Hirschwald. 146 Seiten. — Grasset: Leçons sur l'hystéro-traumatisme, recueillies et publ. par Bourget. Paris 1889, Lecrosnier et Balé. 37 Seiten. — Löwenfeld: Kritisches und Casuistisches zur Lehre von den sogenannten traumatischen Neurosen. Münch. med. Wochenschr. 1889, Nr. 39 u. 40 (ref. Neurol. Centralbl. 1889, Nr. 23). — Baginsky: Ueber Ohrenerkrankungen bei Railway-Spine. Berl. klin. Wochenschr. 1888, No. 3. — Campbell Clark: The sexual and reproductive functions, normal and perverted, in relation to insanity. — Gucci: Chirurgische Operationen als Ursache geistiger Störungen. Riv. sperim. XV. — Dent: Geistesstörung nach chirurgischen Operationen. — Schmiegelow: Ueber Geistesstörung, Zwangsbewegungen und andere Reflexneurosen, bedingt durch Krankheiten des Mittelohrs. — Arndt: Lehrbuch p. 310—315. — Mickle: Aortil aneurysma and insanity. Brain 1889. July. — Christian: Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. — Kirn: Die periodischen Psychosen. Stuttgart 1878. 114 Seiten. — Ripping: Die Geistesstörungen der Schwangeren,.

Wöchnerinnen und Säugenden. Stuttgart 1877. — v. Krafft-Ebing: Das periodische menstruale Irresein, Lehrbuch p. 209—213 u. 504—508 u. Archiv f. Psych. VIII. H 1. — Fürstner: Ueber Schwangerschafts- und Puerperal-Irresein. Arch. f. Psych. V. p. 505. — Mühle: Ueber Irresein im Verhältniss zu Erkrankungen des Herzens, der Aorta, sowie zur Phthisis. Br. med. journ. März. — Cozzolino: Disturbi psichici provocati o sostenuti dalle malattie auricolari. La Psichiatria 1887, V. p. 285. — Ranney: Ueberanstrengung der Augen als Ursache von functionellen Nervenkrankheiten und deren augenärztliche Behandlung. New-York. med. Journ. Jan. 1888. — Kratter: Geistesstörungen nach Kopfverletzung mit Bemerkungen über die Beurtheilung der traumatischen Psychosen. — Ball: Ueber allgemeine Paralyse traumatischen Ursprungs. L'Encéphale No. 4.

Vorbemerkungen.

§. 377.

Unter Reflex-Psychosen versteht man solche Psychosen, welche durch einen peripherischen Reiz ausgelöst werden. Es kann z. B. eine Narbe an der Peripherie des Körpers typische epileptische Zustände hervorrufen, das Bougiren einer Strictur kann Sinnestäuschungen etc. auslösen. Umgekehrt hat man oft genug beobachtet, dass das Excidiren einer Narbe, welche Paroxysmen bedingte, den betreffenden Kranken von seinen Anfällen befreite. Auch alle durch eine Neuralgie hervorgerufenen Alienationszustände gehören hierher.

Unter Consensual-Psychosen verstehe ich mit Kahlbaum sympathische Seelenstörungen, welche sich im Anschluss an einen speciellen physiologischen oder pathologischen Körperzustand entwickeln, den Charakter der Totalerkrankung des psychischen Lebens an sich tragen, und bei denen somatische und psychische Symptome sich vermischen. Kahlbaum nennt diese Psychosen Dysphrenieen, auch Somatosen und unterscheidet: 1) Dysphrenia nervosa (Seelenstörung im Anschluss an eine Krankheit innerhalb des Nervensystems), 2) Dysphrenia chymosa (Seelenstörung im Anschluss an eine Krankheit innerhalb der vegetativen Organe), 3) Dysphrenia sexualis (Seelenstörung im Anschluss an Vorgänge in den Sexualorganen). Man vergleiche darüber Buch II, Aetiologie, Abtheilung 3, Cap. 3: Somatische Ursachen §§. 222—240a. Verfasser dieses Buches gebrauchte ungefähr in demselben Sinne die Bezeichnung Dysthymie und unterschied eine Dysthymia frontalis, hypogastrica, neuralgica.

Kirn (l. c. p. 97f.) nennt alle diejenigen Allopathieen, bei denen es jedes Mal eines excentrischen, organischen Factors bedarf, welcher durch Vermittelung der Nerven- und Blutbahnen einen Anfall bedingt, secundär ausgelöste Psychosen mit periodischer Wiederkehr. Die Anfälle stellen sich in wechselnden, unregelmässigen Zeiträumen ein, sobald und so oft die peripherischen Bedingungen stark genug entwickelt sind, um solche zur Reife zu bringen. Der einmal angesagte Anfall tritt stets in gleicher

Weise in Scene, er zeigt die gleichen Initial-Erscheinungen, steigt auf gleiche Weise zur Höhe empor und wieder ab, bietet die gleichen psychischen und somatischen Erscheinungen dar. Wir haben es hier mit einem krankhaft veränderten Zustande des Centralnervensystems zu thun, aber die Gehirnveränderung bietet nur den krankhaften Boden, die Prädisposition für die Anfälle. Diese Anfälle mit peripherischem Ausgangspunkt, welche durch die Nervenbahnen vermittelt werden, zeigen eine gewisse Analogie mit dem reflectorisch ausgelösten epileptischen Anfalle.

Der zweite Weg geht durch die Blutbahnen, indem Störungen der Circulation in absolut oder relativ peripherisch gelegenen Theilen, durch Wallungen oder Stauungen in den Gefässen des Gehirns, zeitweilige Störung der psychischen Functionen setzen, jedoch sind diese Fälle seltener als die centralen.

In den mannigfaltigen Formen der periodischen Reflex-Psychosen überwiegen die maniakalischen Zustände von bald kürzerer bald längerer Dauer mit mehr oder weniger tief gestörtem Bewusstsein, eventl. mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Melancholische Vor- und Nachstadien werden hier weniger constant beobachtet; die psychische Krankheit scheint wenigstens zum Theil davon abzuhängen, von welchem Organ, resp. von welchen peripherischen Nervenbahnen die Anfälle ausgelöst werden. Mannigfaltige pathologische Zustände oder irritirende Einwirkungen können von verschiedenen organischen Provinzen her in periodischer Weise Anfälle von Störungen hervorrufen.

Aber auch nicht-periodische, mehr oder weniger chronische oder transitorische Alterationen der Psyche können auf dem Wege des Reflexes auf Reize in den verschiedenen Gebieten der peripherischen Nerven oder auf Affectionen in den sensorischen und vegetativen Organen, oder endlich auf physiologische Vorgänge sich ausbilden, weil das abnorm functionirende vasomotorische Centrum auf alle irritirenden Ansprachen abnorm reagirt.

ERSTES CAPITEL.

Das transitorische Irresein.

Litteratur.

Riegel: Ein Fall von Mania transitoria. Friedr. Bl. f. ger. Medicin 40. Jhrg. 2. H. — v. Krafft-Ebing: Die Lehre von der Mania transitoria. Erlangen 1865. — Idem: Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins 1868. — Idem: Lehrbuch, p. 232—243. — Savage-Knecht: Transitorische Manie. Klin. Lehrbuch p. 467 u. 506. — Kraepelin: Das Delirium transitorium, Psychiatrie p. 262—264. — Schüle: Die transitorischen Seelenstörungen. Klin. Psych. p. 457—463. — Koch: Die transitorischen psychopathischen Zustände. Leitfaden, p. 148—157.

Einleitung.

§. 378.

Ich möchte dieses Irresein unter die Rubrik der Reflex- oder Consensualpsychosen rechnen. In der Aetiologie führt Schüle grosse, das Gehirn treffende Schädlichkeiten, wie Circulationsstörungen, Gifte, Affecte, Fieber etc. an. Er fährt dann also fort: „Das in seinen vasomotorischen Functionen abnorm reagirende Gehirn stellt eine angeborene, vielfach erbliche Anomalie dar.“ Darunter rechnet er unter anderem cholerisches, reizbares Temperament, Neigung zu Kopfcongestion. Es sind dieses alles durch die Ascendenz hervorgerufene Minderwerthigkeiten des psychischen Organs. Um diese transitorischen Alterationen hervorzurufen, bedarf es eben eines in seiner Rüstigkeit geschädigten, d. h. eines invaliden Gehirns. Dies war der Grund, weshalb ich beim Beginn der vorliegenden Arbeit diese relativ schnell vorübergehenden Psychosen unter das vererbte Irresein rechnete. Wenn Schüle ferner als disponirende Ursachen jugendliches Alter, plethorische Constitution, Gemüthsbewegungen, Excesse im Trinken, Sonnenhitze, Aufenthalt in einer dunstigen, heissen Stube anführt, so sind das im Allgemeinen, so verschieden die Ursachen auch sind, immerhin Umstände, welche ein nicht recht widerstandsfähiges Gehirn stark schädigen können. Ich glaube deshalb berechtigt zu sein, auch jetzt noch die Zugehörigkeit dieser psychotischen Zustände zu der Gruppe der hereditär veranlagten Irreseinsformen rechnen zu dürfen. Trotzdem halte ich es für den Leser dieses Buches für übersichtlicher, umso mehr als der Begriff der Reflex- und Consensualpsychosen noch kein allgemein landläufiger ist, wenn ich nachfolgende Gehirnshocks unter diejenigen Psychosen einreihe, welche durch Vorgänge in irgend einem Theile des Körpers ausgelöst werden, oder im Zusammenhange mit einer die körperlichen oder geistigen Functionen treffenden Schädlichkeit, id est in consensu alicujus noxae stehen.

A. Mania transitoria.

§. 379.

Die Krankheit entwickelt sich stets auf angeborener oder erworbener Basis, sie ist charakterisirt durch das Brüske der Entstehung und des Abschlusses. Der Ausbruch der Krankheit ist sogar ein urplötzlicher, ohne Vorläufer direct bis zur Akme. Ebenso scharf schliesst die meisten Fälle ein tiefer Schlaf ab, mit nachfolgender Amnesie. Männer (besonders junge Soldaten) haben eine ungleich grössere Disposition zu der typischen transitorischen Manie als Frauen. Die transi-

torischen Fälle zerfallen in Manie, acuten deliranten Wahnsinn und hallucinatorischen Stupor (Schüle l. c. p. 458).

Die transitorischen Manieen sind kurze Anfälle von peracutem Furor, mit zornartigen motorischen Explosionen, reflectorisch zwangsmässigen, oft convulsiven Bewegungen, tiefster Bewusstseinsstörung mit jähem Abschluss durch einen tiefen Schlaf und mit folgender Amnesie. Besonders bemerkbar machen sich die Symptome der fluxionären Hyperaemie: Kopffluxionen, Schwindelanfälle, Betäubung bis zum apoplektischen Insult, sensorische Hyperästhesie, gerötheter Kopf, injicirte Conjunctiven, Salivation, selbst tonische und klonische Krämpfe. Kurz dauernde Vorzeichen sind vager Kopfschmerz, Wallungszustände, sensorielle Hyperästhesie oder stilles, benommenes Wesen. Nach einer Synkope oder mitten im ruhigen Verhalten oder im Schlaf bricht der Anfall aus, plötzlich tritt volle Unbesinnlichkeit ein; die Muskulatur befindet sich in Spannung, welcher Zustand durch ungeordnete Bewegungen: Heulen, Zähneknirschen, Vernichtungsdrang unterbrochen wird; manchmal liegen kleine Pausen zwischen den einzelnen Paroxysmen. Nach zwei Stunden (1—2 Tagen) tritt Erschlaffung ein, mehrstündiger Schlaf, lucides Erwachen, Amnesie. Die Genesung ist meist dauernd.

Die Entstehungsursache für das transitorische Irresein ist 1) plötzliche Aenderung des Blutdrucks und der Blutvertheilung durch Gefässlähmung oder Gefässkrampf, transitorische Angstzustände, pathologische Affecte, 2) plötzliche und eingreifende Ernährungstörungen der psychischen Organe durch ein qualitativ verändertes d. h. mit fremdartigen Stoffen vermengtes oder mit Stoffwechselproducten (Kraepelin) überladenes oder gewisser normaler Bestandtheile in genügender Menge entbehrendes Blut (toxische und Inanitionsdelirien).

Das in seinen vasomotorischen Functionen abnorm reagirende Gehirn stellt theils eine angeborene, theils eine (durch Hirnkrankheit, Trauma, Lues, Inanition) erworbene Anomalie dar. Dazu kommen als prädisponirende Ursachen jugendliches Alter, plethorische Constitution, cholerisch reizbares Temperament, Neigung zu Kopfcongestionen. Aus dieser cerebralen Schwäche entwickelt sich durch geringe Schädlichkeiten (Gemüthsbewegungen, Excesse im Trinken, Sonnenhitze, Gifte, Fieber) eine acute, vorübergehende Psychose.

Die Diagnose ergiebt sich sicher aus der plötzlichen Entstehung bei vorheriger und nachfolgender Gesundheit, aus der kritischen Lösung durch Schlaf, dem Bewusstseins- und Erinnerungsmangel und den einleitenden und begleitenden Gehirnfluxionen (v. Krafft-Ebing l. c. p. 235). Die Prognose ist günstig, selten treten Recidive ein.

B. Der peracute transitorische Wahnsinn.

§. 380.

Er ist nahe verwandt mit der Mania transitoria; der Ausbruch ist derselbe (Schüle l. c. p. 460). Der Kranke befindet sich sofort in einer Traumwelt: hallucinatorische Schrecknisse („Teufel ringsum"), Kampf bis zur eigenen und fremden Vernichtung. Oft bestehen Kopffluxionen, stets Beschleunigung der Herzthätigkeit, häufig intercostale Neuralgieen. (Reflexpsychose vom locus dolens). Die Genesung tritt mit dem kritischen Tage ein, oft erst nach einer Reihe von Anfällen. Der Schlaf ist manchmal unruhig, das Bewusstsein ist schon gegen Ende des Anfalls erhellt.

C. Der peracute transitorische Stupor.

§. 381.

Derartige psychische Erscheinungen auf hallucinatorischer Grundlage in Intervallen von ca. 8 Tagen wurden von Schüle (l. c. p. 462) beobachtet. Nach grösserer körperlicher Aufregung trat in einem Falle einleitender Kopfschmerz und Benommenheit und Präcordialdruck ein, es folgten dann starke Kopfcongestionen, Stupor mit Perceptionsabschluss, gelegentliche Zuckungen und Umherschleudern der Arme. Nach 1 bis 2 Tagen trat ein Intervall ein. Der Kranke war lucid, arbeitsfähig, dabei oft kindisch, die Zwischenpausen wurden immer länger, bis sich dauernde Genesung einstellte. Die Anamnese ergab, dass die Mutter epileptisch war. Es giebt also acute Seelenstörungen ohne Epilepsie und Hysterie (forensisch wichtig!).

Hierher gehören auch die mit Asthma verbundenen acuten hallucinatorischen Irreseinszustände. v. Krafft-Ebing (cit. von Schüle) fand bei Leuten nach körperlicher und geistiger Anstrengung transitorisches Irresein mit stuporartigen Dämmerzuständen, theils mit Angst, theils mit dem Wahn der Standeserhöhung.

D. Transitorische Angstzustände.

§. 382.

Es kommen (v. Krafft-Ebing l. c. p. 236) Zustände von transitorischem Irresein zur Beobachtung, in welchen der in seinem Bewusstsein tief gestörte Kranke von Gefühlen lebhafter Angst und von Ideen

drohender Gefahr belästigt wird. Sie können sich auf Stunden bis Tage erstrecken; die Erinnerung ist eine summarische. Die Angst zeigt verschiedene Intensität und steigt von einfacher ängstlicher Beklemmung bis zu völliger psychischer Hemmung. Auf der Höhe des Krankheitszustandes treten schreckhafte Sinnestäuschungen des Gehörs und Gesichts und schreckliche Vorstellungen drohenden Unheils auf. Die Angst und das Delirium äussern sich durch einfache Bewegungsunruhe bis zu stürmischen Actionen verzweiflungsvoller Gegenwehr gegen vermeintlich drohende Lebensgefahr. Hierher gehört der Symptomencomplex des Raptus melancholicus: heftige meist in den Präcordien empfundene Angst, schwere Störung des Bewusstseins, Minuten bis Stunden betragende Dauer, stürmische psychisch-reflectorische Handlungsreaction auf den Angstvorgang. (Eine Aehnlichkeit in der Symptomengruppe zeigen die Zustände des petit-mal der Epileptiker.)

Hervorgerufen werden diese transitorischen Angstzustände durch vasomotorisch bedingte Circulationsstörungen. Disponirende Ursachen sind neuropathische Constitution, ausgesprochene Neurosen in Form von Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie. Letztere ist wichtig, wenn sie durch masturbatorische Excesse hervorgerufen ist.

Die Prognose ist günstig, Recidive sind nicht selten.

Therapie. Laue Bäder, Opium, Chloralhydrat und Amylnitrit erleichtern und kürzen den Anfall.

E. Pathologische Affecte.

§. 383.

Zu den transitorischen Irreseinszuständen rechnet v. Krafft-Ebing (l. c. p. 238) auch die pathologischen Affecte. Es sind dies Stunden bis Tage dauernde Geistesstörungen im Anschluss an einen Affectshock, welcher das dauernd oder vorübergehend abnorm erregbare und erschöpfbare vasomotorische Centrum direct trifft. Die depressiven Affecte der Angst, des Schrecks und des Zorns veranlassen Gefässkrämpfe des invaliden Gehirns.

Als ätiologische Momente kommen, neben den bei den bisherigen Gruppen aufgeführten Ursachen, Puerperium, geistige und körperliche Ueberanstrengung, Nahrungsmangel, Kummer und Sorgen in Betracht. Die Psychose hat die oben genannten Formen der Tobsucht, Attonität, der hallucinatorischen oder traumartigen Verwirrtheit.

Der Ausgang ist, wenn nicht plötzlich nach Stunden oder Tagen Genesung eintritt, chronische Geistesstörung oder dauernde Demenz.

ZWEITES CAPITEL.

Consensualpsychosen im Anschluss an physiologische Vorgänge, vorzüglich in den weiblichen reproductiven Organen.

I. Periodische Menstruationspsychosen.[1])

A. Pathogenese.

§. 384.

Es ist aus gynäkologisch-physiologischen Beobachtungen bekannt, welche wichtige Bedeutung die Sexualsphäre für das ganze Nervenleben der Frau hat. Schon im gesunden Leben, in physiologischen Breiten können wir täglich sehen, dass die grösste Mehrheit der Frauen während, kurz vor und nach der Periode ein verändertes Wesen zeigt. Die Frauen werden „nervös", reizbar, launisch. Um so weniger darf es uns Wunder nehmen, dass auch continuirliche Psychosen in mannigfaltiger Weise von den Menses beeinflusst werden, dass oft in dieser Zeit die Erscheinungen unter Exacerbationen einen günstigen Verlauf nehmen, die Heilung aber erst mit der regelmässigen Wiederkehr der bis dahin cessirenden Periode als gesichert betrachtet zu werden pflegt. So verhält es sich in vielen Fällen, in anderen aber ist der Wiedereintritt für die Prognose der Alienation belanglos.

Aetiologie. Die Katamenialpsychosen entwickeln sich stets auf dem Grunde einer neuropathischen Constitution, welche sich früh, sicher aber von der Pubertät an, zeigt. Von dieser Zeit ab äussern sich nervöse Beschwerden, und nur geringfügige Veranlassungen, wie Gemüthsbewegungen, Alkoholmissbrauch und körperliche Krankheiten genügen, um zur Zeit der Menstruation eine wirkliche Psychose auszulösen.

B. Symptomatologie.

§. 385.

Die Krankheit bricht an irgend einem Menstruationstermin aus, und zwar desto früher, je grösser die Disposition; sie erscheint meist prämenstrual, aber auch menstrual und postmenstrual, und kann aus der einen in die andere Form sich verwandeln. Ihren neurotischen Charakter zeigt sie darin, dass sie, in ausgebildeten Fällen auch bei ausbleibender Blutung zur Zeit der periodischen Ovulation eintritt, durch

---

[1]) Cf. auch: Arndt: Lehrbuch p. 224—226. — v. Krafft-Ebing: Lehrbuch p. 205, 504—508 und Archiv f. Psych. VIII. II. 1. — Kirn: l. c. p. 101—107. — Schüle: Klin. Psych. p. 322—324. — Cf. auch Buch II. 3. Abth. 3. Cap. §. 239, α und β.

welche reflectorisch eine Störung in den vasomotorischen Centren des belasteten Gehirns entsteht (v. Krafft-Ebing l. c. p. 505).

Der Beginn ist wechselvoll, entweder plötzlich oder nach nervösen und fluxionären Prodromen, und der Verlauf entweder kurz in wenigen Tagen endend oder bis zu 2 Wochen sich hinziehend. Die prämenstruale Form endet oft kurz mit dem Eintritt der Katamenien.

Die weitaus häufigste Form der Menstrual-Psychosen ist die periodische Manie, welche bald geringe, bald hochgradige Erregungszustände darstellt, sehr oft mit schreckhaften Hallucinationen und dämonomanen Wahnideen verbunden ist. Inhaltlich äussert sich die Psychose in Coquettiren und Heirathslust bis zur ausgesprochenen nymphomanischen Erregung mit entsprechenden Delirien und wollüstigen Bewegungen. Daneben zeigt sich grosse Reizbarkeit, leichter Stimmungswechsel, Sucht zu streiten, schelten und schwatzen, beschleunigter, verwirrter Gedankengang mit unklaren religiösen Delirien, Drang zu religiösen Uebungen, Ungenauigkeit in der Erinnerung. Körperlich beherrschen die Erscheinungen der Fluxionen das Krankheitsbild: gerötheter Kopf, Kopfweh, beschleunigte Herzthätigkeit, verstärkter Carotidenpuls, Schlaflosigkeit, Schmerz im linken Hypochondrium. Melancholische Nachstadien kommen in vielen Fällen zur Beobachtung.

Die weit selteneren melancholischen Fälle zeichnen sich meist durch Stupor und grosse motorische Gebundenheit aus; in den intervallären Zeiträumen findet man Symptome der neuropathischen Constitution.

In dem intervallirenden Zustande der Patienten zeigen sich Nachwehen des vorausgehenden Anfalls in Form von psychischer und körperlicher Ermattung, Erschöpfung, dann Symptome der neuropathischen Constitution und präexistirender, constitutioneller Nervenkrankheiten (Hysterie). Bei langem Bestande des menstrualen Irreseins werden Zeichen einer hereinbrechenden psychischen Schwäche sichtbar, es können sich selbst secundäre Schwächezustände (allgemeine Verwirrtheit, Demenz) ausbilden; endlich besteht eine grosse Neigung zu fortwährender Wiederkehr der menstrualen Paroxysmen. Doch geschieht es nicht selten, dass die Paroxysmen temporär, auf Monate bis zu Jahren hinaus, unter fortschreitender Besserung der Constitution, bei Versetzung in günstige Verhältnisse, z. B. Aufnahme in ein Krankenhaus, trotz wiederkehrender oder ausbleibender Menses verschwinden.

C. Diagnose und Prognose.

§. 386.

Diagnostisch wichtig sind: 1) das Fehlen des melancholischen Vorstadiums, 2) die Einleitung des Krankheitsbildes mit den Erscheinungen einer Fluxionshirnreizung, 3) der rapide Anstieg bis zur Akme.

4) sein Verweilen auf ihr mit nur geringfügigen Remissionen bis zum jähen Abfall zur relativen Norm der psychischen Existenz; 5) der peracute Verlauf der Krankheit, 6) die lebhaften Fluxionserscheinungen, die schwere Bewusstseinsstörung bis zu wahren Stupor- und Dämmerzuständen mit nur summarischer Erinnerung für die Erlebnisse im Anfalle, 7) die tiefen mimischen Entstellungen, sodass während des Anfalls die Persönlichkeit physiognomisch eine ganz andere ist; 8) die Bedeutung dieser Momente wird gesteigert durch die Anamnese, welche auf prämorbide, constitutionelle Erscheinungen hinweist, ferner 9) durch die Berücksichtigung des neuropsychopathischen Zustandes nach dem Anfall, der auf dauernde nervöse Anomalieen hindeutet, 10) durch die zeitliche Verknüpfung mit Menstrualterminen, 11) durch die, wie bei allen periodischen Irreseinszuständen so auch hier bemerkbare Uebereinstimmung der Prodromal-Symptome, Symptomenreihen und Verlauf der Anfälle bis ins kleinste Detail.

Die Prognose des Leidens ist, wie die der periodischen Psychosen überhaupt, ungünstig; meist geht es in terminale Zustände einer Paraphrenie, Verwirrtheit und Blödsinn, über.

D. Therapie.

§. 387.

Bekämpfung der neuropathischen Constitution, der verminderten Widerstandsfähigkeit des Centralorgans durch Besserung der Ernährung und Blutmischung (Hydrotherapie), Fernhaltung psychischer Reize namentlich geschlechtlicher, Beseitigung etwaiger Uterinerkrankung; Bromkalium, um die Erregbarkeit der nervösen Centren direct herabzusetzen. Die Medication muss eine präventive sein, insofern das Bromkalium vor dem Zeitpunkte der Anfälle gereicht wird, welche es mildert und abkürzt. Es ist eine genaue Notirung der jeweiligen Menstruations-Termine erforderlich, die Ermittelung, ob der Anfall prämenstrual oder postmenstrual einzutreten pflegt. Die rechtzeitige Incorporirung des Mittels ist nothwendig, damit der menstruale Reizvorgang ein unter der vollen Wirkung des Bromkali stehendes Gehirn treffe. Eine geringere Tagesdosis als 6 g scheint nach den gemachten Erfahrungen unsicher. Bei geringer Toleranz gegen Bromkali kann man eine Intoxikation vermeiden, wenn das in der intervallirenden Zeit überhaupt entbehrliche Mittel ausgesetzt wird; dann lässt sich zur gefährlichen Zeit auch ohne Gefahr, wenn es nöthig ist, die Tagesdosis auf 10 g erhöhen. Bei Amenorrhöe, unregelmässigen Menses etc. scheint eine fortgesetzte Bromkalibehandlung erforderlich. Opium, Morphium, Chloroform sind erfolglos. Bei ausgebrochenem Anfalle: Bettruhe, Isolirung und Bromkali, bei heftiger Fluxion: Kälte und Bäder.

II. Das Schwangerschafts-Irresein.[1])

A. Auftreten.

§. 388.

Es giebt zwei verschiedene Perioden der Schwangerschaft, in welchen Irresein vorzugsweise auftritt: a) Das in seltenen Fällen in den ersten Monaten der Schwangerschaft sich zeigende Irresein ist meist von günstiger Prognose und verschwindet gewöhnlich gegen Ende des vierten Monats. Die Schwangerschaft ruft einen Reizzustand hervor, der in vielen Beziehungen den von Eierstockgeschwülsten und Gebärmutterleiden verursachten gleicht, indem zuerst die bekannten somatischen Beschwerden, später aber bei disponirten Personen geistige Störungen auftreten (Somatosen — Kahlbaum). b) Meistens tritt die Graviditätspsychose in den drei letzten Monaten der Schwangerschaft auf.

B. Aetiologie.

§. 389.

Prädisponirende und occasionelle Momente, die während der Schwangerschaft und zum Theil auch während des Puerperiums erfahrungsgemäss häufig in Wirksamkeit treten, und aus deren Ineinandergreifen eben die Psychose resultirt, sind folgende:

a) Der Erblichkeitsfactor spielt eine bedeutende Rolle in der Form der Epilepsie und Hysterie; er äussert sich durch reizbare Schwäche im psychischen Verhalten und durch gesteigerte Reizbarkeit mit Neigung zur Erlahmung resp. Lähmung, Trunksucht, Bizarrerie, überhaupt durch die Neurosen. Zu den Ursachen der erworbenen Diathese treten als auslösende Momente die Krankheiten des Gehirns und seiner Höhlen und Schädelverletzungen, schwere Geburten, Zangendruck, ferner Syphilis, Pocken, Rheumatismus hinzu (Winckel l. c. p. 502).

Es liesse sich nun a priori annehmen, dass diese psychopathisch disponirten Patientinnen, schon vor dem Ausbruch der eigentlichen Psychose durch beunruhigende Symptome von Seiten des Centralnervensystems sich als solche documentirt hätten, und es wäre dies um so eher zu erwarten, da erfahrungsgemäss beim weiblichen Geschlecht die Zeit der Pubertät, das Auftreten der Menstruation die Entwicklung nervöser Störungen in so hohem Grade begünstigt. Indessen auf psychische Alterationen in der Vergangenheit ist nicht viel zu geben, da die Kranken

---

[1]) Cf. auch Ripping, l. c. p. 82—99. — Salgó, l. c. p. 132. — Schüle, l. c. p. 229. — v. Krafft-Ebing, l. c. p. 209 f. — Savage, l. c. p. 433—441. — Kraepelin, l. c. p. 31 f. — Fürstner, l. c. p. 505 f. — Winckel: Path. u. Therap. d. Wochenbetts p. 498 f.

sich vorher einer gewissen Immunität gegen nervöse Störungen erfreuten (Fürstner l. c. p. 509). Nach Winckel (l. c. p. 504) sind unter den erblich Disponirten nur beim kleineren Theile schon in den Antecedentien gewisse Abweichungen von der Norm zu bemerken; Dispositionen, wie mangelhafte psychische Entwicklung oder bereits durchgemachte Anfälle von Seelenstörungen oder auffallende Schwächlichkeit, Anämie, Hysterie, dürftige Entwicklung der Circulationsorgane kommen in 25 % aller Fälle vor. Es ist also diese Disposition noch seltener als bei den anderen Formen von Seelenstörung. Fast $^2/_3$ der Kranken waren früher körperlich und geistig ganz gesund, sehr häufig sogar besonders kräftig; ja nicht selten werden Persönlichkeiten betroffen, die durch ihren Gesammthabitus, durch den unweiblichen Typus ihres Körperbaues den Eindruck hervorrufen, als ob sie weniger geeignet zu normaler Absolvirung der specifisch weiblichen Functionen seien, und die vielleicht gerade damit im Zusammenhang in der wichtigsten Phase des Geschlechtslebens Schiffbruch erleiden.

Eine besondere Gefährdung der Erstgebärenden ist durchaus nicht nachzuweisen, eine Zunahme der Disposition mit dem Alter kann nicht bestätigt werden, den so verschiedenen Gemüthsverfassungen der Verheiratheten kann kein besonderer, eclatanter Einfluss zugeschrieben werden. Noth, ehelicher Unfriede und ähnliche Momente liessen sich indessen bei verheiratheten Frauen erweisen (Fürstner l. c. p. 512). Das Geschlecht des geborenen Kindes war nach demselben Autor ohne Einfluss; nach Savage (l. c. p. 435) jedoch treten zahlreicher bei Schwangerschaft mit Knaben geistige Störungen und fast ausschliesslich Chorea und Epilepsie auf.

In Bezug auf die occasionellen Momente waren weder besondere somatische Beschwerden in der Schwangerschaft vorhanden, noch waren die Geburten schwer, im Gegentheil in der Mehrzahl sehr leicht.

b) Abnormitäten des Circulations-Apparates und des in ihm kreisenden Blutes, für die das weibliche Geschlecht ganz besonders disponirt ist, sind ein wichtiges ursächliches Moment; Zustände von Chlorose sind nicht nur der Pubertätsperiode eigenthümlich, sondern üben noch in viel späteren Jahren ihren ungünstigen Einfluss aus. Hand in Hand mit diesen Bildungsfehlern des Circulationsapparates geht ungenügende oder excessive Entwicklung der Geschlechtsorgane und anomales Functioniren derselben einher. In der Anamnese geisteskranker Frauen ist nichts häufiger als Angaben über Menstruationsstörungen, Amenorrhöe oder profuse Blutungen, Klagen über nervöses Herzklopfen, Kopfschmerzen, leichte Ermüdung und Kältegefühl in den Extremitäten, häufiges Nasenbluten; letzteres ist wiederholt bei epileptischen jungen Mädchen beobachtet (Fürstner l. c. p. 510). Charakteristisch ist die

geringe Widerstandsfähigkeit der bleichsüchtigen Frauen gegen somatische und psychische Störungen. Es ist durchaus nicht nothwendig, dass sie immer den ausgesprochenen Habitus der Chlorose an sich tragen.

Dass gerade die Schwangerschaft mit ihren mannigfaltigen Circulationsstörungen, die Entbindung und das Puerperium mit den unvermeidlichen Blutverlusten, seien sie auch noch so gering, mit den zahlreichen in ihrem Verlaufe auftretenden fieberhaften Processen derartige Frauen in gesteigerte Gefahr bringen, dass sie den an und für sich schon dürftig ausgestatteten Organismus weiter schwächen und so für die Entwicklung der Psychosen den günstigsten Boden schaffen, dies unterliegt keinem Zweifel. Der Sectionsbefund ergab in einem Falle: Herz sehr klein, von sehr dürftiger Muskulatur, die Aorta von fast kindlichen Dimensionen und grosser Elasticität der Wände; der Genitalapparat bot nichts besonderes. Der Obductionsbefund stellt in diesem Falle die dürftige Entwicklung des Circulationsapparates klar. Bei einer hereditär veranlagten Frau, die von nervösen Symptomen Kopfschmerz und grosse Reizbarkeit zeigte, fanden sich als Ausdruck ihres mangelhaften Gefässsystems und ihrer anomalen Uterusentwicklung, häufiges Nasenbluten und Menstruationsstörungen. Die erste Gravidität erzeugte nur eine Dysthymie, die zweite war von schlechtester Prognose.

Eine gleiche ätiologische Bedeutung ist natürlich acquirirten Zuständen von Anämie zuzuschreiben, seien sie durch schwere somatische Erkrankungen oder Blutungen, seien sie durch häufige Geburten oder prolongirte Lactation hervorgerufen. Mehrgebärende sind überhaupt für Psychosen disponirter.

c) Ein ferneres ätiologisches Moment sind die vielen unangenehmen Gemüthseindrücke, denen Schwangere und Puerperale so häufig unterworfen sind. Angst vor der Entbindung, Scham vor der Aussenwelt, Sorge für die Zukunft, Rathlosigkeit den Beschwerden eines ungewohnten Zustandes gegenüber sind von bedeutendem Gewicht, dürfen aber nicht überschätzt werden. Dies gilt vor Allem bei allen unehelich Geschwängerten und Puerperalen, doch überwiegen diese keineswegs in den verschiedenen Zusammenstellungen (ibidem).

C. Symptomatologie.

§. 390.

Die psychischen Störungen der schwangeren Frauen verlaufen besonders häufig als depressive Verstimmungen mit intercurrirenden intensiven Angstzuständen und grosser Neigung zu mehr oder weniger lange dauerndem katatonischen Stupor; es sind mehr Hemmungsformen mit monotonem, armseligem Vorstellungsinhalt. Der Ausbruch der Krank-

heit ist selten plötzlich, die Entwicklung langsam. Die Symptome und der Verlauf sind im Allgemeinen die einer melancholischen Verstimmung.

Leichtere psychische Störungen, hysterische Launen, übertriebene Gelüste, närrische Eifersucht, auch Stehlsucht finden sich in der Schwangerschaft öfter, als ganz entwickeltes Irresein. Es kommen Fälle vor, wo die Seelenstörung in dieser oder jener Form in jeder Schwangerschaft sich einstellt, andererseits solche — Verf. d. B. kannte einen solchen und Guislain, Leçons orales II, p. 275, bringt einen solchen bei — wo ein bestehendes, leichteres oder schwereres psychisches Leiden jedes Mal in der Schwangerschaft zurücktritt, wo die Betreffenden nur so lange vernünftig und zu ertragen sind, als sie schwanger sind. Man wird vermuthen dürfen, dass es sich hier um ein sympathisches Gehirnleiden, um eine (leichtere) wahrscheinlich mechanische Genitalienerkrankung handelt, und dass letztere und damit der üble Einfluss auf die cerebralen Thätigkeiten jedes Mal mit der Conception schwindet.

Der Verlauf auf einander folgender Schwangerschaften kann unter gewissen Umständen ein ganz verschiedener sein. Frauen, die einige Anfälle von Irresein im Wochenbette hatten, bekamen später einen solchen während einer Schwangerschaft (Savage l. c. p. 434, 435), da ihr Nervensystem immer empfindlicher geworden war. Viele Frauen überwinden andere niederdrückende Verhältnisse, ohne an ihren Nerven Schaden zu nehmen, werden aber doch während jeder Schwangerschaft oder jeder Entbindung geisteskrank.

Der Verlauf der dysthymischen Depression ist in den ersten Monaten ein ungünstiger und verhältnissmässig schneller. Mit dem Weiterfortschreiten der Gravidität geht die Psychose zurück. Während der Schwangerschaft bleiben derartig erkrankte Frauen meist noch in der Häuslichkeit. Die Entbindung selbst ist auf die Psychose ohne Einfluss, sogar die intensiven Schmerzen des Geburtsactes reissen die Kranken nicht aus ihrer Apathie heraus, sie liegen bewegungslos im Bett, klagen nicht, und es kann wohl vorkommen, dass erst das Geschrei des Neugeborenen die Umgebung von dem Vorgegangenen in Kenntniss setzt. Diese Indolenz gegen die Unannehmlichkeiten der Entbindung zeigen übrigens nicht nur Melancholische, sondern auch andere Geisteskranke. Die geringe Mitbetheiligung der psychischen Sphäre geisteskranker Frauen bei der Entbindung contrastirt eigenthümlich mit der bekannten Thatsache, dass geistesgesunde Frauen durch protrahirte, anstrengende Geburten in paraphrenische Zustände verfallen können.

D. Prognose.

§. 391.

Die während der Schwangerschaft entstandene Psychose gefährdet nicht das Leben der Frucht, dürfte aber prognostisch ungünstig für das spätere psychische Leben derartiger Individuen sein. Ein günstiger

Einfluss der Entbindung auf die Psychose wurde nie beobachtet, im Gegentheil zeigten sich während derselben Stuporzustände, Verweigerung der Nahrung, Selbstmordversuche, Tobsucht. Man kann also eher von einer durch den Geburtsact hervorgerufenen Steigerung der Psychose sprechen.

Die Prognose dieser in den letzten Monaten der Schwangerschaft auftretenden Geistesstörungen ist keineswegs eine günstige zu nennen. Das Irresein hört hier und da mit der Entbindung oder erst später, mit Wiederregulirung der Menses auf; aber es ist hierauf durchaus nicht sicher zu rechnen, es kann auch andauern und unheilbar werden. — Wenn bereits Geisteskranke schwanger werden, so ist nur ganz ausnahmsweise der Einfluss ein günstiger, und solches nur bei frischeren und im Genitalapparate selbst ätiologisch begründeten Fällen zu erwarten; zuweilen wird das bestehende Irresein mit der Conception sistirt, kehrt aber nach der Entbindung zurück; gewöhnlich wird das psychische Leiden nur verschlimmert und die Unheilbarkeit beschleunigt. Vgl. Marcé, De la folie des femmes enceintes etc. Par. 1858.

Die mittlere Dauer der Krankheit beträgt neun Monate; Recidive infolge Schwangerschaft sind häufig.

III. Irresein während des Partus.[1])

§. 391a.

Die Geistesstörungen während des Partus sind transitorisch und dauern nicht länger als einige Stunden oder einen Tag. Für die Pathogenese ist einerseits auf die Schmerzen, den Blutverlust, die plötzlichen Circulationsstörungen, sowie auf die psychischen Einwirkungen des Geburtsactes selbst und etwaiger anomaler Vorgänge (Infection) bei demselben Gewicht zu legen (Kraepelin l. c.). Diese Geistesstörungen können sich nur als eine Steigerung der durch die Wehenschmerzen bedingten Aufregung darstellen. Sie kommen besonders bei sehr ungeduldigen und empfindlichen Personen unter schnell einander folgenden, starken und lange anhaltenden Wehen vor, welche die Kreissende in fortwährender Anstrengung und Unruhe halten und sie kaum zu momentaner Erholung und Besinnung kommen lassen; ja es ist schon beobachtet worden, dass mit jeder Wehe ein heftiger Wuthausbruch eintrat mit Delirium und folgender Erschöpfung. Diese Paroxysmen sind charakterisirt durch kurz dauernde Tobsuchtsanfälle mit gehobenem oder stark getrübtem Bewusstsein. Wegen der hochgradigen Aufregung und der Trübung resp.

---

[1]) Cf. Savage-Knecht: l. c. p. 441, 442. — Salgó: Compend. p. 133. — v. Krafft-Ebing: l. c. p. 210. — Kraepelin: l. c. p. 32. — Spiegelberg: Lehrbuch der Geburtshülfe p. 644.

völligen Aufhebung des Bewusstseins bergen sie in sich eine grosse Gefahr für den Neugeborenen, weil viele Fälle von Kindestödtung in diesen transitorischen Anfällen begangen werden; deshalb sind diese Psychosen forensisch wichtig. Jedoch kann es nach Savage (l. c.) vorkommen, dass eine geisteskranke Mutter bei bestehender Anästhesie unbewusst entbunden wird, und das neugeborene Kind erstickt im Bette gefunden wird, während die Mutter mit gutem Gewissen behauptet, dass sie nichts von dessen Geburt wisse. Andererseits kann eine Kranke, die in der letzten Zeit der Schwangerschaft an Geistesstörung litt, während der Wehen anscheinend aufwachen, alle Vorgänge in ihrer Umgebung richtig wahrnehmen und doch nach Beendigung der Entbindung in den früheren Zustand zurückfallen. Auch nach Convulsionen bei der Entbindung kann Geistesstörung ausbrechen. Eine grosse Anzahl von Alterationen tritt nach Entbindung unter Chloroformgebrauch auf, auch nach Zangenentbindung. Die weit überwiegende Zahl der Fälle jedoch, die zur Beobachtung gekommen sind, haben sich bei in jeder Beziehung regelmässigen Geburten ereignet.

Puerperal-Psychosen

s. unter Infections-Psychosen: diese Abtheilung, Theil 3, Abschnitt 2, Cap. 1, §§. 459—469.

IV. Lactations-Irresein.

§. 392.

A. Aetiologie.

Die Herabsetzung der Ernährung, welche die Schwangerschaft begonnen und das Wochenbett fortgesetzt hat, wird durch das Säugen des Kindes noch erhöht und vermehrt. So ist der Grundzustand in den Psychosen der Lactationsperiode wohl immer Oligämie oder Anämie. Die übrigen prädisponirenden Momente sind dieselben, wie die der vorhergehenden Gruppen, vor allem die hereditäre Veranlagung. In dieser Phase nach der Geburt machen sich auch die localen Erkrankungen der Geschlechtsorgane und Lageveränderungen mehr geltend; und es scheint, dass die von hier auf das Centralorgan ausgehenden Reize ebensowohl auf Dauer und Verlauf als auf Entstehung der Psychosen wirken. Dazu treten als Gelegenheitsursachen schwere und schnell auf einander folgende Entbindungen, allgemeine und locale Wochenbetterkrankungen, endlich das im Verhältniss zu den Kräften zu intensive oder missbräuchlich zu lange fortgesetzte Stillen. Die Milchsecretion wirkt weit eher zur Erzeugung einer Geistesstörung, wenn sie zu profus wird (ebenso wie zu reichliche Ausleerung), als eine zu geringe

oder fehlende Absonderung der Milch. Die grosse Mehrzahl derartiger Erkrankten hat wiederholte Entbindungen und Säugungsperioden durchgemacht, auch scheinen bei vielen ein oder mehrere Fälle von Geisteskrankheiten vorhergegangen zu sein. Die Psychosen der Säugungsperiode beginnen meist in der zweiten Hälfte des zweiten oder im dritten Monat, seltener im vierten oder fünften Monat nach der Entbindung, also hauptsächlich zu der Zeit, in welcher bei normalem Verlauf die Restitution der gesunkenen Kräfte vollendet wird, die bei den Psychotischen nicht eintritt (Ripping l. c. p. 117).

B. Symptomatologie.

Die Form der Lactationspsychosen ist meist die der Dysthymie, öfters auch der Hyperthymie. Indessen finden sich auch häufig Paraphrenieen, besonders mit katatonischer Färbung. In den melancholischen Phasen spielt Misstrauen gegen die Umgebung, in der maniakalischen Selbstüberschätzung eine Hauptrolle. Unter den Hallucinationen sind nach Ripping (l. c. p. 123), weil hier die Anaemie allmählich eintritt, die Gehörshallucinationen überwiegend.

C. Verlauf und Prognose.

Die Dauer der Psychose beträgt etwas über 9 Monate, bei der Dysthymie etwas länger als bei der Hyperthymie.

Die Prognose der Psychose der Säugungszeit ist nur wenig ungünstiger als die der Gravidität, und die Aussicht auf Genesung um so grösser, je näher der Beginn der Psychose der Entbindung liegt (ibid. p. 120).

DRITTES CAPITEL.

Reflexpsychosen im Anschluss an pathologische Vorgänge.

I. Psychosen in Abhängigkeit von Entwicklungsstörungen und Affectionen der Organe.

A. Bei einer Schädelmissbildung.

§. 393.

Einen interessanten Beleg für diese Genese bildet ein von Kirn (l. c. p. 107 ff.) mitgetheilter Fall einer durch vorzeitige Verwachsung der Nähte bedingten Missbildung des Schädels, welche eine Disproportion zwischen der Knochenzelle und ihrem Inhalt, dem Gehirn, zur Folge hatte. Hier beherbergt der Betroffene die krankhafte Disposition

lange in seinem Körper, ohne thatsächlich zu leiden, bis grössere geistige oder körperliche Leistungen, Genuss von Alkoholica oder anderen Noxen continuirlich einwirken. Dadurch kommt täglich ein neuer Zuwachs zu der bestehenden Disproportion, welche so allmählich anwächst, bis endlich hochgradige Circulationsstörungen sich ausbilden, infolge deren die Gehirnerkrankung in Form der periodischen Manie ausbricht. Diese läuft in regulärer Weise mit einem melancholischen Vor- und Nachstadium ab, und wird von einem Zustande relativen Wohlseins abgelöst; allein die Disposition ist gegeben, die Bahn ist vorgezeichnet, so dass es fortan nur eines verhältnissmässig geringen Rausches bedarf, um die frühere Circulationsstörung und die aus dieser resultirende Psychose immer nach einer gewissen Zeit von Neuem zum Ausbruch zu bringen.

Das anfallsfreie Intervall charakterisirte sich durch mässige, allmählich zunehmende psychische Schwäche, öfters mit den Erscheinungen der apathischen Depression gemischt. Bei der Autopsie wurde eine ziemlich starke Atrophie des Vorder- und Mittelhirns und starke atheromatöse Entartung der Vertebral-Arterien, der Carotides internae und der Arteriae fossae Sylvii gefunden.

B. Bei Affectionen des Herzens und der Aorten.

§. 394.

Herzleiden riefen nach Kirn (l. c. p. 105) von Zeit zu Zeit gleichgeartete Anfälle von Seelenstörung hervor. Die durch das Vitium cordis bedingte Wallung oder Stauung des Blutes im Gehirn vermittelt, auf dem Boden einer krankhaften Disposition, jedes Mal wieder den Ausbruch der Störung. Deshalb treten auch diese Paroxysmen mit ausgesprochenen Erscheinungen von Gehirn-Hyperämieen in Scene. Zugleich stellt sich mehr oder minder grosse Gefässerweiterung ein, frequentere oder unregelmässige Herzthätigkeit, Palpitation und Dyspnoe; ferner pflegen Kopfweh, Schwindelgefühle und andere cephalische Sensationen im Initialstadium nicht zu fehlen. Die Paroxysmen sind durch mehr oder minder tiefe Bewusstseinsstörungen, durch Illusionen und Hallucinationen, namentlich des Gehörs, und durch Erregung höheren Grades charakterisirt, oft mit Gewaltthätigkeit und zerstörendem Gebaren vergesellschaftet. Neben psychisch einwirkenden Momenten schien eine starke Schwellung der Schilddrüse (in einem anderen Falle von Kirn), welche bei der jedesmaligen Menstruation zunahm, den peripherischen Factor für die periodischen Anfälle abzugeben. Hier behinderte der Druck der Gl. thyreoidea auf die grosse Halsvene derartig den Rückfluss des Blutes aus dem Kopfe, dass bedeutende passive Congestionen des Gehirns regelmässig zur Zeit der Anfälle vorhanden waren.

Nach Mickle, der seinen Untersuchungen 107 Fälle von Erkrankungen des Herzens und 48 der Aorta zu Grunde legte, hat das Herz auf die Circulation des Blutes im Gehirn, welches in Bezug auf Menge, Beschaffenheit, Höhe des Druckes, unter dem es steht, und Art der Vertheilung beständigen Schwankungen unterliegt, einen unbestrittenen Einfluss; jedoch sind bei dieser Wirkung auch die Lungen und die peripherischen Nerven betheiligt, so dass man den Antheil des Herzens schwer ausscheiden kann. Jedenfalls steht fest, dass jedes grössere Herzleiden eine mangelhafte Ernährung des Gehirns zur Folge hat und dem entsprechend psychische Symptome setzt: dysthymische Gemüthsdepression, Reizbarkeit, hypochondrische Wahnideen, Wahn der persönlichen Verfolgung und der physikalischen und mechanischen Beeinflussung (theils wirkliche Wahnideen, theils Umdeutungen von Hallucinationen und den durch die Affection bedingten Sensationen), Einschränkung der geistigen Functionen, und mehr oder minder hervortretende geistige Schwäche (cf. Aetiologie §. 235).

C. Bei Affectionen der Sinnesorgane.

§. 395.

1. Schmiegelow (l. c.) berichtet über einen Fall, bei welchem in Anschluss an Eiterung des Mittelohrs und Polypenwucherung eine vollständige Dysthymie mit Verfolgungswahn und Selbstmordgedanken sich ausbildete. Mit Entfernung des Polypen kam die Psychose zur Heilung. In einem anderen Falle von Suppuration des Mittelohrs kam es zu Angstanfällen und eigenthümlichen Zwangsbewegungen, indem der Patient auf einem Spaziergange plötzlich aus dem ruhigen Gange heraus 10—15 Schritte zur Seite stürzte (Epilepsie procursive?). Auch hier folgte auf die Heilung des Ohrleidens das Schwinden der psychischen Symptome. Boucheron beobachtete eine Psychose mit gleichzeitiger Verstopfung der Tuba Eustachii.

Cozzolino l. c. macht bei Irren auf die Häufigkeit des Vorkommens von Ohrenleiden aufmerksam, welche nicht nur die Hallucinationen beeinflussen, sondern auch Psychosen verursachen und unterhalten, bis mit ihrer Beseitigung auch diese aufhören.

2. Nach Ranney verursacht häufig Ueberanstrengung der Augen functionelle Nervenkrankheiten (Epilepsie, Neurasthenie und Chorea). Der Beweis des Zusammenhangs der Neurose wird hier dadurch erbracht, dass mit entsprechender ophthalmiatrischer Behandlung die Nervenerkrankung gehoben wird. Ueber Psychosen nach Augenoperationen u. a. vgl. Aetiologie §. 234.

D. Bei Affectionen der Sexualorgane.

§. 396.

In einem Falle bei Kirn (l. c. p. 100) gab ein Uterinleiden, eine chronische Metritis mit Geschwürbildung an der Portio vaginalis, (die eigentliche Hysterie) den peripherischen Anlass für eine ausgebildete reflectorische Psychose. Schon nach der gewöhnlichen gynäkologischen

Erfahrung ist das genannte Sexualleiden dadurch ausgezeichnet, dass in der Regel das ganze Heer secundärer Sensibilitätsstörungen durch die glücklich gelungene Localbehandlung sich zurückbildet.

Statt einfacher Sensibilitätsstörungen sind sehr häufig psychische Alterationen und zwar bestimmte Krankheitsbilder von typischem Verlaufe mit Sexualleiden verknüpft. Hier liegt die Ursache der Periodicität nicht zum geringsten Theile im peripherischen Gebiete, und zwar kann es sich hier bei der bekannten, hochgradigen nervösen Irritabilität der weiblichen Sexualsphäre nur um Reflexpsychosen handeln. Sie sind charakterisirt durch: neuropathisch-melancholisches Vorstadium, verdriessliche Stimmung, Intercostal-, Abdominal-, Trigeminus-Neuralgieen, Verdauungsstörungen, Wallungen nach dem Kopfe, Schwindel, Kopfweh, beschleunigten Puls, volle Carotiden; ferner psychische Aufregungen, choreaartige Unruhe, Grimassiren, Gesticuliren; sexuelle Richtung der Erregung: Heirathsgedanken, Liebesphantasieen, wollüstige Bewegungen; bei mehr gestörtem Bewusstsein: hallucinatorisches Sehen und Hören von Mannsleuten, Entblössen der Geschlechtstheile. Auf der Höhe der Erregung besteht grosse Gereiztheit mit Schelten und Zerstören, Stimmungswechsel, Verwirrtheit; eine erhebliche Exacerbation tritt zur Zeit der Periode ein.

Der Verlauf der Psychosen mit peripherisch ausgelösten Anfällen gestaltet sich verschieden, je nach dem die peripherischen, bedingenden Zustände oder Einflüsse aufgehoben oder verändert werden können oder nicht. Genesungen werden auch hier beobachtet.

Eine chirurgische Operation kann unmittelbar eine psychische Alteration veranlassen. Durch schmerzhafte Bougirung einer Strictur wurde eine durch Sinnestäuschungen, Angst und Erregung charakterisirte Psychose hervorgerufen, welcher auraartige Erscheinungen vorausgingen. Der Verlauf war ein remittirender, nur wenige Tage dauernder. Es bestand kein Erinnerungsdefect, auch wurde keine Wiederholung des Anfalles weiter beobachtet.

Die Psychosen, welche nach gynäkologischen Operationen (Ill u. A.) beobachtet sind, dürften weniger durch peripherische Reizung, als durch Infection oder Intoxikation mit Narkoticis entstanden sein und gehören daher nicht unter die Reflexpsychosen.

II. Traumatische Psychosen und Neurosen.

§. 397.

1. Psychosen nach Schädeltraumen. Christian (l. c.) unterscheidet die primären Symptome (Geruchshallucinationen und Amnesie nicht nur für die mit der Verletzung gleichzeitigen oder ihr vorangegangenen

Ereignisse, sondern auch für während und nach derselben automatisch fortgesetzte, complicirte Handlungen) von den secundären, welche als organisch bedingt auf Entzündungen zurückzuführen sind. Als tertiäre Erscheinungen, denen anatomisch meist Verwachsung der Dura mit dem Schädel und Pachymeningitis zu Grunde liegt, folgen, oft lange nach Heilung der primären und secundären Affectionen, mannigfache Psychosen, besonders progressive Paralyse, Verblödung und Epilepsie. In den von Christian beobachteten 100 Fällen erfolgte der volle Ausbruch der Geistesstörung in 75% 1—10 Jahre, in 25% noch länger nach der Verletzung.

Ein eigenartiges traumatisches Irresein erkennt Christian nicht an. Nur dann, wenn das Kopftrauma die unmittelbare Ursache der Psychose ist, hat diese einen specifischen Charakter, den dieser Autor folgendermaassen schildert: Nach einleitenden Kopfschmerzen, Schwindelanfällen und Gedächtnissstörungen entwickelt sich ein maniakalischer Exaltationszustand mit Grössenideen, wie bei der classischen Paralyse, aber ohne Sprachstörung und ohne Progression; doch tritt allmählich immer deutlichere Demenz hervor.

Die Prognose ist schlecht. Als Therapie verdient auch nach Eintritt der Geisteskrankheit die Trepanation Beachtung.

Auch sonst sind zahlreiche Psychosen nach Schädelverletzungen (Kratter u. A.) beobachtet worden, ohne dass ein einheitlicher Charakter sich feststellen liess. Thomsen beobachtete nach einer Verwundung der linken Kopfseite eine Hallucinose von wenigen Stunden Dauer, bei welcher die Hallucinationen stets einseitig auf der Seite des Trauma auftraten; in einem anderen Falle trat 2 Tage lang Verfolgungswahn auf.

Thomsen betont bei Traumen besonders die Gesichtsfeldeinengung und die allgemeine Herabsetzung der sensorischen und sensiblen Empfindung. Leppmann (Bresl. ärztl. Ztschr. 1889, 10) hebt das schwachsinnige Gepräge der durch Kopftraumen verursachten Geistesstörungen hervor.

2. Auch andere Verletzungen des Kopfes ohne Fractur oder Impression des Schädels, oder Verletzungen an den Extremitäten führen zu Psychosen, indem sie entweder bei prädisponirten Individuen den Ausbruch derselben beschleunigen oder als alleinige Ursache dieselben veranlassen. Ball führt drei derartige Fälle von Entstehung der classischen Paralyse an (den einen nach Verletzung des linken Vorderarms). Nach einer Verletzung des rechten Vorderarms entstanden in einem Falle Thomsen's, zugleich mit Sprachstörung und Hemiparese, epileptische Anfälle, welche nach Exstirpation der Narbe verschwanden, dafür trat die Benommenheit stärker auf, und an einen Dämmerzustand mit Amnesie schloss sich hallucinatorischer Verfolgungswahn, welcher nach einer Woche in Genesung überging.

§. 398.

3. Die traumatischen Neurosen. Charcot, der die Neurasthenie von der Hysterie streng sondert, betont, dass die traumatische Neurasthenie sich in nichts von der gewöhnlichen unterscheidet; seine Ansichten über traumatische Hysterie sind bekannt. Es handelt sich in diesen Fällen weniger um ausgesprochene Psychosen, sondern mehr um Stimmungs-„Anomalieen“, die man als dysthymisch-hypochondrische bezeichnen könnte. Dazu gesellen sich Anfälle von Angst, unter Umständen mit einer enormen Pulsbeschleunigung und Differenz der Pupillen. Ferner bildet sich meist eine hochgradig gesteigerte Reizbarkeit aus; die Intelligenz ist in der Mehrzahl der Fälle intact, nur gehemmt, manchmal stellt sich auch progressive Verblödung ein; in sehr seltenen Fällen fehlen psychische Anomalieen. Ausnahmsweise wurden echte epileptische oder typisch hysterische Anfälle beobachtet; ebenso selten Reflex-Epilepsieen. Prädisposition ist in vielen Fällen nicht nachzuweisen, sie wird durch Alkoholismus erhöht; wo sie besonders ausgeprägt ist, genügt eine ganz leichte Verletzung, um die Neurose hervorzurufen. Zu ihrer Entstehung wirken: 1) die mechanischen Insulte und ihre Folgen, namentlich Rückenschmerzen durch die directe Zerrung und Quetschung des Bandapparates der Wirbelsäule; 2) die psychischen Erschütterungen, welche Veränderung der Stimmung und Lähmungszustände psychischer Natur durch Auto-Suggestion oder durch directes Erlöschen der betreffenden psychischen Erinnerungsbilder hervorrufen; 3) der locale Shock, welcher bei nervös veranlagten oder durch den psychischen Shock alterirten Individuen sich stabilisiren kann; 4) die dauernde Aufmerksamkeit auf die Schmerzen, die zu dysthymisch-hypochondrischer Stimmung führt, resp. durch sie begründet ist.

Die traumatische Neurose ist eine cerebrale functionelle Krankheit. Im Ganzen sind die Symptome sehr stabil, nicht selten progressiv und zu ausgebildeten Psychosen führend.

Löwenfeld (l. c. p. 679) theilt die nach Unfällen auftretenden, nicht auf grob anatomischen Läsionen beruhenden Erkrankungen des Nervensystems nach der Symptomatologie in drei Gruppen: 1) in Fälle mit rein neurasthenischen Symptomen; 2) in solche mit lediglich hysterischen oder hysterisch-neurasthenischen Symptomen; 3) in Fälle, welche neben den genannten auch Symptome darbieten, die weder der Hysterie noch der Neurasthenie angehören.

In den Fällen der dritten Kategorie sind neben neurasthenischen und hysterischen Symptomen: Opticusatrophie, andauernde reflectorische Pupillenstarre, schwere Blasenstörungen, beträchtliche Intelligenzabnahme,

epileptische Anfälle, trophische Störungen (wie Ausfallen von Bart- und Kopfhaaren, greisenhafte Veränderung der Gesichtszüge, Entwicklung eines Struma etc.) beobachtet. Von den genannten Symptomen sind die ersten drei bis vier sicher auf anatomische Veränderungen zurückzuführen und dem symptomatischen Gebiete der rein traumatischen Neurose nicht beizuzählen.

Gegen die Annahme einer eigenartigen traumatischen Neurose spricht die Thatsache, dass alle in Betracht kommenden ursächlichen Momente in der Aetiologie der gewöhnlichen Neurasthenie und Hysterie sich wiederfinden; genügt doch der Schreck allein, um Erkrankungen hervorzurufen, die mit den traumatisch verursachten Neurosen völlig übereinstimmen. Was die Natur der Veränderung der Centralorgane anbetrifft, so ist wohl Strümpell's Ansicht die richtige, dass zuweilen eine noch unbekannte, aber doch immerhin vorhandene feinere materielle Störung des Nervensystems dauernd zurückbleibt (Löwenfeld l. c.).

Die Prognose quoad vitam ist gut, was die Heilung anbetrifft, schlecht. —

Die Therapie kann wesentliche Besserung herbeiführen. Die event. Processe mit ihren fortwährenden Reizen sind für den Kranken möglichst schnell zu entfernen, Ruhe und gute Ernährung ist wichtig. Simulation ist selbstverständlich, aber nach Oppenheim nicht häufig; letzteres bestreiten andere Autoren.

Hierher sind auch zu zählen die von Oppenheim näher untersuchten psychischen Erscheinungen nach heftigen Erschütterungen, besonders bei Eisenbahnunfällen (Railway-spine). Im Anschluss an das, meist vorübergehende Bewusstlosigkeit erzeugende, Trauma entwickelt sich bei den bis dahin gesunden Menschen depressive Stimmung mit ängstlichen Befürchtungen verschiedenster Art und der Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung. Der Schlaf ist durch ängstliche Träume hochgradig gestört, der Appetit gering, das Körpergewicht sinkt. Im Kopf bestehen allerlei abnorme Sensationen, im Rücken und Kreuz das Gefühl von Spannung und Steifigkeit; ferner wird über asthenopische Beschwerden, Ohrenklingen und -sausen, Herzklopfen, Abnahme der Potenz, Erschwerung der Harnentlerung und des Stuhles, bisweilen auch über hartnäckiges Erbrechen geklagt.

Nachzuweisen sind Sensibilitätsstörungen in verschiedener Ausbreitung: Analgesie neben Hyperästhesie, häufig Einschränkung des Gesichtsfeldes, Herabsetzung der Reflexe, Langsamkeit und Unsicherheit der Bewegungen, Schwäche, leichter Tremor, vereinzelt auch Opticusatrophie und reflectorische Pupillenstarre.

Westphal führt diese Krankheit auf schleichende organische Veränderungen im Centralnervensystem zurück, Charcot auf Hysterie.

Durch letztere Annahme wird der Begriff der hysterischen Neurose noch verschwommener, wenn auch allerdings viele der geschilderten Fälle an chronische Neurasthenie erinnern (dysthymische Folie raisonnante). Einzelne Fälle lassen sich nicht anders als durch die Annahme von Krankheitsprocessen in Hirn und Rückenmark erklären; und schliesslich ist die Combination dieser Symptome bei dem als Shock und mechanisches Trauma wirkenden Causalmomente durchaus erklärlich. Kraepelin hält auf Grund eigener Erfahrungen diese Störungen für neurasthenische, denen sich je nach der Einwirkung des Trauma die Symptome einer disseminirten oder diffusen cerebrospinalen Erkrankung hinzugesellen können.

Beispiele für traumatische Psychosen (Thomsen). 1) Wenige Stunden nach einer Verletzung der linken Kopfseite trat eine Hallucinose auf, von welcher sich später nur die Hallucinationen linksseitig dauernd erhielten. Ausser allgemeiner, nervöser Schwäche, Parästhesieen, Arbeitsunfähigkeit war von objectiven Erscheinungen dauernd nur concentrische Gesichtsfeldeinschränkung vorhanden. 2) Kopfcontusion durch Eisenbahnunfall. Innerhalb von zwei Tagen trat eine vorübergehende Psychose auf: Demenz mit persecutorischen Delirien, Amnesie, Somnambulismus. Die anfängliche Anästhesie machte einer Hyperästhesie, speciell der behaarten Kopfhaut Platz. Als dauerndes objectives Symptom trat eine wechselnd starke, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung neben Beeinträchtigung des Geruchs, Geschmacks und Gehörs auf. Vielfach bestanden vage Schmerzen im ganzen Körper (Railway-spine). 3) Echte Epilepsie durch eine Verletzung des rechten Handgelenks bedingt, einhergehend mit Sprachbehinderung und Hemiparese. Nach Exstirpation der Narbe schwinden die Anfälle, es tritt aber sofort stärkere Benommenheit ein, und 14 Tage später ein nächtlicher Dämmerzustand mit Amnesie, und nach weiteren 4 Tagen eine intensive Hallucinose, die nach einer Woche einem normalen psychischen Verhalten Platz macht. Die in den Krampfanfällen bestehende Gesichtsfeldeinschränkung zeigte sich auch während der Psychose, welche als epileptisches Aequivalent anzusehen war, und verschwand mit ihr allmählich; sonstige sensible Störungen waren nicht nachzuweisen.

III. Commotions-Katatonie.

§. 398a.

Bei starker Veranlagung (belastetes, meist neurasthenisches oder sonstwie erschöpftes Gehirn, Hysterie etc.) kann ein psychischer Shock (Affect, Schreck) sofort die Integrität der geistigen Functionen aufheben. Analoge, functionelle, aber reactionär beschränkte Krankheitszustände stellen die Schreckaphasie und die Monoplegieen Hysterischer dar: das pathogenetische Moment ist wahrscheinlich eine durch den emotiven Shock ausgelöste vasomotorische Störung (Gefässkrampf). Eine Veranlagung ist auch hier immer vorhanden und mehr noch Ausschlag gebend als in den Fällen der vorausgehenden Gruppe.

Diese Form der Consensual-Katatonie beginnt unmittelbar mit der Zustandsform der Attonität oder entwickelt sich aus den Stunden bis Tage währenden Zustandsformen der Manie und Perturbation mit oder

ohne Delirien und Sinnestäuschungen. Die leichteren Fälle gehen nicht weiter als bis zur Perturbation, während die schwereren in das stupo-röse Stadium übergehen. Die letzteren sind ausgezeichnet durch Krampf-puls, der häufig mit entgegengesetzten Zuständen von Gefässlähmung (einer heftigen Fluxion, selbst Temperatursteigerung bis 39° und darüber, ängstlicher Unruhe mit vagen Delirien oder tiefstem Stupor, wahrscheinlich als Ausdruck von transsudativen Vorgängen) wechselt. Letztere Fälle pflegen sich binnen Wochen zu lösen. Schwerere Fälle, und dazu gehören alle mit ausgesprochener vasomotorischer Betheiligung und vorwaltendem Stupor-Stadium, können binnen Monaten unter Remissionen und Exacerbationen ihre Lösung finden, oder auch unter Erscheinung dauernder Gefässlähmung in den Terminalzustand des apathischen Blödsinns sich verlieren.

Dasselbe was ein psychischer Shock hervorbringt, kann auch im Anschluss an die Erscheinung einer Commotio cerebri und aus solcher direct hervorgehen; sie lassen sich als traumatische Commotions-Katatonieen bezeichnen und als protrahirte Form von Commotion des psychischen Organs nach wiederhergestellter Function der subcorticalen und automatischen Centren deuten. Diese mögen auf einer durch das Trauma gesetzten Störung ihrer molecularen Verhältnisse beruhen. Functionell lassen sie sich als Hemmungsvorgänge im psychischen Organ ansprechen, wie überhaupt die Commotio cerebri als eine Hemmungsneurose des Gehirns der neueren Forschung sich darstellt; analoge Bedingungen scheinen durch Strangulation entstehen zu können.

Das Stadium stuporosum in diesem traumatischen Falle scheint die Summation der Hemmungsvorgänge in den verschiedenen Territorien und Centren der Hirnrinde darzustellen, wenigstens beobachtet man in classischen Fällen eine Verschiedenheit der Intensität der Commotions-Sphäre der einzelnen Centren, ein zeitlich verschiedenes Wiederaufleben ihrer Functionen.

IV. Reflexpsychose ex Neuralgia.

§. 399.

Das Vorkommen von Neuralgieen bei Psychosen ist ein sehr häufiges. Es giebt nun aber specielle Fälle, in denen neuralgische Sensationen bei zur Wahnbildung geneigten Kranken die Grundlage zum Aufbau von Wahnideen abgeben. Seltener sind die Fälle, in denen die Neuralgie gewissermaassen dem ganzen Krankheitsbilde zu Grunde liegt, und alle krankhaften Aeusserungen sich auf die bestehende Neuralgie zurückführen lassen. Verfasser d. B. spricht von psychischen Formen, die mit Sensibilitätsanomalieen gewöhnlicher Art so direct zusammenhängen, dass die ganze

Krankheit Anfangs nur eine abnorme Sensation und noch gar keine wirkliche Aberration in der Sphäre des Gemüths oder gar der Intelligenz ist. Er vergleicht dann diese Neuralgieen in ihrem Verhältniss zur Geisteskrankheit mit der Aura im Verhältniss zum epileptischen Anfalle und spricht in Verfolgung dieses Gedankens von einer Art permanenter, nicht explosiver Aura, welche nichts Anderes als eine Geisteskrankheit setzt; er bezeichnet diese psychische Alteration als Dysthymia neuralgica frontalis (bei Supraorbital-Neuralgie).

So theilt Wagner (Jahrb. f. Psych. VIII, 1 u. 2) einen Fall mit, in dem eine neuralgische Sensation im engsten Zusammenhange mit einer Psychose steht, so dass die erstere der letzteren vollständig den Inhalt giebt, und die eine mit ihren Schwankungen der anderen parallel geht, wobei allerdings die Frage offen bleiben muss, ob die Psychose durch die Neuralgie ausgelöst wurde, oder ob beide als von einer gemeinsamen Ursache abhängige und coordinirte Erscheinungen anzusehen sind.

In anderen Fällen ist die Neuralgie nach dem Verfasser eine explosive Aura, wie die des epileptischen Anfalles, und das, was durch die Neuralgie gesetzt wird, ist ein Anfall von psychischer Störung, oft eine Gewaltthat. Es haben diese Anfälle die grösste Aehnlichkeit mit den als psychische Epilepsie oder als psychisches Aequivalent (s. unten §. 417—420) bezeichneten Zuständen.

Wagner (l. c.) hat auf die innige Beziehung dieser Anfälle von Geistesstörung zu Traumen hingewiesen und gezeigt, dass in manchen Fällen eine anfallsweise auftretende Neuralgie das Bindemittel zwischen Trauma und psychischer Störung herstellt. Verfasser nannte einen derartigen neuralgischen Anfall eine Dysthymia neuralgica transitoria. In dem von Wagner dazu mitgetheilten Falle handelte es sich um im Jahre 2—3mal periodisch auftretende Anfälle, nachdem Patientin 2—3 Jahre vorher einen Sturz mit kurz dauernder Bewusstlosigkeit erlitten hatte.

Früher entstandene Spinalneurosen können zu wichtigen Ursachen des Irreseins werden, mögen sie in Zuständen ausgebildeter Hysterie oder nur in beschränkten Krampf- oder neuralgischen Leiden bestehen. Geisteskrankheiten scheinen hier ebenso durch allmähliche Ausbreitung über grössere Parthieen der Nervencentren — ein Fall, in dem sich manche Hysterische befinden — als durch rasches Umspringen von einer Stelle zur anderen entstehen zu können; in letzterem Falle können Irresein und andere nervöse Beschwerden oft, sogar periodisch, mit einander wechseln. So erzählt Brodie (Lectures on certain local nervous affections. London 1837, p. 8) von einer Dame, die Jahre lang an einem anhaltenden Krampf des M. sternokleidomastoideus litt; plötzlich hörte dieser auf, und sie verfiel in Schwermuth; dieser Zustand

dauerte wieder ein Jahr lang, worauf sie sich psychisch erholte und der Krampf des Muskels zurückkehrte, der nun mehrere Jahre anhielt; in einem anderen Falle von Brodie wechselte ein neuralgischer Zustand der Wirbelsäule mit wahrem Irresein. Hier ist auch eine von Schüle (l. c. p. 204 u. 205) beobachtete, daemonomane Form der Katatonie zu erwähnen, in welcher die motorische Spannung sich genau in zeitlicher Nachfolge, vielleicht auch in physiologischer Abhängigkeit an bestimmte Neuralgieen anschliesst, und ein Muskelgebiet nach dem anderen von der Starre befallen wird.

Korsakow (Archiv f. Psych. XXI, H. 3) macht auf das Vorkommen psychischer Störung in Begleitung von multipler Neuritis (auch solcher nicht-alkoholischen Ursprungs) aufmerksam. Diese psychische Störung äussert sich bald in Form einer scharf ausgeprägten reizbaren Schwäche der psychischen Sphäre, bald in Form von Verwirrtheit mit äusserst charakteristischen Irrungen in Bezug auf Ort, Zeit und Situation, bald als Gedächtnissschwäche, wobei die Erinnerung an das zuletzt Erlebte fast ganz gestört ist, während für die weiter zurückliegende Vergangenheit das Gedächtniss erhalten bleibt.

VIERTES CAPITEL.

Die Epilepsie.

Litteratur.

Benedikt: Zur Klinik der Epilepsie. Vortrag im Wiener med. Doctor-Collegium. Centralblatt 1889. Nr. 22. — Crocq: „Senile Epilepsie“. Deutsche Medicinal-Zeitung 1889, Nr. 81. — Knies: Ueber Augenbefunde bei Epilepsie. (Neurol. Centralblatt 1888, Nr. 13). — Lemoine: Ueber Contracturen bei Epileptikern. Société de Biologie, Paris, Sitzung vom 4. Februar 1888. — Ziehen: Zur Physiologie der subcorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall. (Neurol. Centralblatt 1888, Nr. 14.) — Seppilli: Contributo al significato semiologico dell' epilessia parziale. (Rivista speriment. di freniatria 1888. XIII, p. 274). — Tomaschewski und Simonowitsch: Zur Lehre von der Pathogenese der Hallucinationen und der Epilepsie. Wjestnik psichiatrii i nevropatologii. (1888. VI). — Wagner: Ueber Trauma, Epilepsie und Geistesstörung (Jahrbücher für Psychiatrie 1888. VIII, 1 und 2). — Pohl: Ueber das Zusammenvorkommen von Epilepsie und originärer Paranoia (Prager med. Wochenschr. 1888, Nr. 35). — Rosenbach: Zur Frage über die „epileptogene Eigenschaft“ des hinteren Hirnrindengebietes. — Unverricht: Die Beziehungen der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfall (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1889, Bd. XLIV). — Zacher: Ueber einen interessanten Hirnbefund bei einer epileptischen Idiotin, zugleich ein Beitrag zur pathologischen Medicin der cerebralen Kinderlähmung (Archiv für Psychiatrie 1889. XXI, 1). — O. Binswanger: Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des epileptischen Anfalls. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Freiburg i. B. — Bourne-

ville und Sollier: Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques, Progr. méd. 1888, No. 7. — Bourneville und Bricon: De l'épilepsie procursive (Archives de neurologie, Vol. XV, No. 44, 45. Vol. XVI, No. 46 u. 48. — Ladame: De l'épilepsie procursive (Revue médic. de la Suisse romande 1889, 1). — Donald Fraser: A case of atrophy of the right hemisphere in an epileptic. (The Glasgow medical Journal 1889, Februar). — Hughlings Jackson und Beevor: A case of epilepsy with olfactory aura from a tumour in the temporo-spheuoidal lobe (The Brit. med. Journ. p. 414). — Pitres: Etude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou Jacksonienne (Rev. de méd. 1888. Aug., p. 609). — O. Binswanger: Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese des epileptischen Anfalls. 3. Mittheilung. Reizversuche an subcorticalen Centren des Hundes, zugleich ein Beitrag zur Physiologie desselben. Versammlung des Vereins der deutschen Irreuärzte in Jena, Juni 1889 (ref. Neurol. Centralbl. 1889, Nr. 13, p. 396). — Wildermuth: Amylenhydrat gegen Epilepsie. (Neurol. Centralblatt 1889, No. 15). — Jamot: Cas très grave d'épilepsie. Guérison par la médication bromurée. (Gaz. des Hôp. 1888, No. 146.) — Tranoff: Epilepsie. (Kowalewsky's Archiv psychiatrii 1888. — Féré: Baillements chez un épileptique. (Nouv. icon. 1888, No. 14). — Kiunier: Epilepsie as sociated with insanity. The Medic. Rec. 11. Aug. 1888. — Heimann: Ueber Cocain-Epilepsie. (Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 12.) — Féré: Note sur une anomalie musculaire chez deux épileptiques. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 2. 1889.) — Bishopp: A case of Hystero-Epilepsy in the male: right hemiplegia, accompanied with analgesia and anaesthesia. (The Lancet, 27. Juli 1889). — Langenbuch: Fall von Trepanation bei einer Jackson'schen Epilepsie. Jahres-Sitzung des Vereins deutscher Irrenärzte, Jena 1889. — Löwenfeld: Beiträge zur Lehre von der Jackson'schen Epilepsie und den klinischen Aequivaleuten derselben. (Arch. f. Psych. XXI, Heft 1 u. 2, 1889). — Bourneville: Epilepsie idiopathique. Traitement de l'épilepsie par le bromure de nickel. Progrès médical 1889, Nr. 24, 26. — idem: De la température centrale dans l'épilepsie. — Bourueville et Courbarien: Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité. (Progrès médic. 1889, 23.) — Féré et Lamy: Note sur la contraction idiomusculaire chez les épileptiques. (Archives de physiol. norm. et pathol. No. 3, 1889.) — Marie: Note sur l'étiologie de l'épilepsie. (Prog. méd. 1887, No. 44.) — Lemoine: Note sur la pathogénie de l'épilepsie. (Prog. méd. 1888, No. 16.) — Dirmoser: Beitrag zur Lehre von der Reflexepilepsie. Clavicular-Fractur als ätiologisches Moment. — Féré: Ein Fall von Nystagmus-Schwindel bei einem Epileptiker. — idem: Note sur les phénomènes mécaniques de la respiration chez les épileptiques. — idem: Note sur les modifications du pouls daus les paroxysmes épileptiques, et sur l'influence de l'effort musculaire localisé sur la forme du tracé sphygmographique. — idem: Zeitlicher Eintritt der epileptischen Anfälle. — Haig: Beitrag zu der Beziehung zwischen gewissen Formen von Epilepsie und der Ausscheidung von Harnsäure. — Schweder: Ueber die Wirkung der Ueber-Osmiumsäure bei Epilepsie. — Osler: Note on nitroglycerine in epilepsy. — White: Behandlung der Epilepsie mittelst Simulo. — Niermeyer: Bydrege to de leer der epilepsie-behandling. — Sighicelli: Behandlung der Epilepsie. — Oliver: Notes on a case of traumatic epilepsy succesfully treated by trephining. — Féré: Epilepsie in Folge eines Schädeltraumas. — Algeri: Epilessia e disturbi mentali consecutivi a trauma sul capo in un delinquente. — Navatril: Epilepsie nach linksseitigem Scheitelbeinbruch durch Trepanation geheilt (Neur. Centralbl. 1889, Nr. 1). — Lucas-Championnière: Trepanationen. — Delasiauve: L'Epilepsie. Paris 1854. — Cossy: Recherches sur le délire aigu des épileptiques. Paris 1854. — Lemoine: De la tem-

pérature dans les accès isolés d'épilepsie. — idem: De l'action de l'antipyrine dans l'épilepsie. — v. Krafft-Ebing: Das epileptische Irresein. Psychiatrie p. 537—566. — Schüle: Das epileptische Irresein. Klin. Psych. p. 255—277. — Salgó: Epilepsie. Comp. p. 206—240. — Savage-Knecht: Epilepsie u. Geistesstörung. Geisteskrankh. p. 455—468. — Kraepelin: Das epileptische Irresein. Psych. p. 405—416.

Einleitung.

§. 400.

Man theilt die Epilepsie ein (Benedikt l. c.): 1. in die organische, 2. in die psychische; die organische ist als die wichtigste obenan zu stellen. Es sind dies jene Formen, bei welchen tiefe Veränderungen im Organe der Epilepsie, im Gehirne, stattfinden, und zwar muss man unterscheiden: a) die angeborene, b) die juvenile, c) die hysterische Form. Die Mehrzahl der Fälle der letzteren Gruppe, welche Charcot als Hysterie bezeichnet, sind nichts als Epilepsie in hysterischem Gewande; sie haben alle Stigmata der Epilepsie.

Der den organischen Formen zu Grunde liegende anatomische Process ist die Porencephalie. Aus dem Befunde der Stigmata lässt sich heute die Diagnose der Epilepsie mit Sicherheit stellen. Der Werth dieses Befundes ist derselbe, wie etwa der einer Spitzeninfiltration. Die Kopfformen sind genau dieselben wie bei hereditären Geistesstörungen, bei hereditären Selbstmördern, kurz wie bei allen stigmatisirten Individuen: Verkürzung des Parietalbogens, der sich über den Theil des Gehirns spannt, welcher zur Epilepsie in wichtigen Beziehungen steht, nämlich die Centralwindungen (bei den psycho-epileptischen Formen beobachtet man, dass gerade der Stirnbogen zurückgeblieben ist), Asymmetrie im Wachsthum, Brachycephalia occipitalis dextra. Es finden sich als Stigmata auch Entwicklungsstörungen der Geschlechtsorgane; Bourneville und Sollier sahen bei 333 Epileptikern, die über 13 Jahre alt waren, in 22 % Bildungsanomalieen der Geschlechtsorgane, am meisten Phimosen und Varicocelen, unter 59 schon früher epileptisch Gewordenen hatten 68 % Anomalieen der Geschlechtsorgane, namentlich Phimosen und Hodenatrophieen oder Ektopieen.

Für das öffentliche Leben sind besonders zwei Formen von Bedeutung: die von Trousseau als „grosse Schwindelanfälle" bezeichnete Form, bei welcher zu gewissen Zeiten Acte von zusammenhängendem Bewusstsein in bewusstlosem Zustande ausgeführt werden, und die Psycho-Epilepsie, welche die von ihr befallenen Individuen häufig mit dem Strafgesetze in Conflict bringt. Was die Beziehungen der Epilepsie zum Ehegesetze anbetrifft, so müsste die Epilepsie nach Benedikt, ebenso wie alle die Descendenz belastenden Defecte, unter die Ehehindernisse aufgenommen und als triftiger Ehescheidungsgrund angesehen werden. Bisweilen werden junge Ehemänner von den Schwiegermüttern beschuldigt, die Ursache der Epilepsie der jungen Frau zu sein. In dieser Beziehung ist ein objectives Merkmal, welches diese Beschuldigung zu nichte machen kann, gewiss von grosser Bedeutung. Oft wird der Arzt

durch die Frage in Verlegenheit gebracht, ob eine in seiner Behandlung gewesene Person (Braut oder Bräutigam) an Epilepsie leide; bejaht er, so verräth er das Geheimniss seines Clienten, leugnet er, so trägt er dadurch zur Entstehung von epileptischen, geisteskranken oder alkoholischen Nachkommen bei. Solchen Verlegenheiten könnte nach Benedikt's Vorschlag dadurch abgeholfen werden, dass ein internationaler Congress für medicinische Moral einen internationalen Comment schaffen würde, an den sich das Einzel-Individuum halten könnte, und es müsste ebenso wie bei Infectionskrankheiten auch bei belastenden Krankheiten die Anzeigepflicht obligatorisch sein. Auch die Schule mit den heutigen Einrichtungen fördert die jungen Epileptiker nicht: die meisten Lehrer schicken epileptische Kinder nach Hause, sodass es ihnen unmöglich gemacht wird, sich zu bilden. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, muss vorerst das Vorurtheil aus der Welt geschafft werden, dass man durch den Anblick eines epileptischen Anfalls Epilepsie bekommen kann. Um den Schülern den Anblick eines epileptischen Anfalls zu ersparen, schlägt Benedikt vor, die epileptischen Kinder in den Vordergrund der Säle in hochlehnige Sessel zu placiren, welche beim Herannahen eines Anfalls aus dem Saale hinaus gerollt werden können. Ferner muss bei einer Prüfung darauf Rücksicht genommen werden, dass Epileptiker vor und nach dem Anfalle psychisch alterirt sind und oft an vorübergehender Amnesie leiden; deshalb dürfen epileptische Schüler nicht semestral geprüft werden.

I. Aetiologie.

§. 401.

Unter den Entstehungsursachen nimmt die Heredität die erste Stelle ein. Missbrauch alkoholischer Getränke, chronische Bleivergiftung der Eltern rufen Epilepsie bei den Kindern hervor. Auch die im Rausche gezeugten Kinder werden oft epileptisch, häufiger jedoch schwach- bis blödsinnig. Anderweitige Ursachen für Epilepsie sind in früher Kindheit überstandene oder uterinal abgelaufene Gehirnerkrankungen, endlich das Schädeltrauma oder genauer die Gehirnerschütterung.

A. Marie legt in seiner Besprechung der ursächlichen Momente der Epilepsie das Hauptgewicht auf die von aussen an den Organismus herantretenden Schädlichkeiten. Er glaubt, dass zu der Disposition infolge von neuropathischer Belastung stets eine bestimmte Erkrankung hinzutreten müsse, und findet in den meisten Fällen das Auftreten fieberhafter Erkrankungen (Puerperalfieber, Syphilis) im früheren Lebensalter bei der spät auftretenden Epilepsie nachweisbar. Lemoine theilt diese Anschauung und bildet dieselbe weiter aus, indem er das Vorkommen idiopathischer Epilepsie überhaupt leugnet. Die Beziehungen, namentlich der Infectionskrankheiten des Kindesalters zu der in frühem Alter ausbrechenden Epilepsie sucht er in Veränderungen der Nervencentren, in disseminirten Läsionen, welche durch pathogene Stoffe oder Mikroorganismen gesetzt und meist schon vernarbt sind, wenn, zum Theil nach langer Zeit, die Epilepsie ausbricht. Lemoine denkt sich auch für manche der bei Epileptischen vorhandenen Missbildungen unbe-

deutender Art, z. B. Asymmetrie des Gesichts, eine Entstehung aus in früher Jugend erlittenen Gehirnleiden und hat in einigen Fällen bestätigende Angaben für das Auftreten der Abweichungen erst nach derartigen Krankheiten erhalten.

Dirmoser beobachtete einen 19jährigen Mann, bei welchem seit 10 Jahren nach einem Bruche des rechten Schlüsselbeins eine erhebliche Verschiebung der beiden Bruchenden und fast ebenso lange zahlreiche epileptische Anfälle bestanden. Solche wurden auch durch Druck auf das Armende des gebrochenen Schlüsselbeins ausgelöst. Die chirurgische Behandlung führte zu einem allmählichen Nachlasse und schliesslich zu vollständiger Beseitigung der Krämpfe.

Dass Schreck Epilepsie hervorruft, ist unzweifelhaft, besonders bei hereditär belasteten Individuen, und zwar entweder unmittelbar nachher oder nach einer längeren Zeit, in welcher präepileptische Symptome auftreten.

II. Pathogenese.

§. 402.

Was die Pathogenese des epileptischen Anfalls anbetrifft, so theilt O. Binswanger (l. c.) nicht die Auffassung der ausschliesslich corticalen Genese des epileptischen Paroxysmus. Thierexperimente, die Nothnagel anstellte, ergaben, dass echte epileptische Anfälle von der Brücke aus beim Kaninchen nicht auszulösen sind, dass es aber gelingt von einer Anzahl Punkten tonische Krampfzustände des Rumpfes, Kopfes und der Extremitäten hervorzurufen. Ebenso sind, und zwar besonders von der vordersten Grenze der erregbaren Region, mehr complicirte und coordinirte, aber ebenfalls keineswegs epileptische Lauf-, Tret- und Strampelbewegungen zu erzielen. (Es sind dieses associirte, reflectorisch ausgelöste Krämpfe höherer Coordinationscentren.) Immer findet sich dabei ausgeprägte tonische Starre. In Wiederholung dieser Versuche ist O. Binswanger zu dem überraschenden Resultat gelangt, dass von der Medulla oblongata aus überhaupt keine zuckenden Krämpfe ausgelöst werden können. Bei schwachen elektrischen Reizen bekommt man tonische, tetanische Starre auf der Seite der Reizung, bei stärkeren Strömen auch auf der gegenüberliegenden Seite. Immer hört die Starre sofort mit dem Reiz auf. Während nun nach Nothnagel beim Kaninchen eine ganze Anzahl einzelner, auf Reize bestimmter Centren antwortenden Bewegungen vorhanden war, waren solche Differenzirungen beim Hunde nicht möglich. Beim Kaninchen fand sich am weitesten nach vorn am Locus coeruleus ein Sammelcentrum, dessen Reizung die oben erwähnten mehr coordinirten Krämpfe auslöste, beim Hunde konnte Binswanger auch das nicht nachweisen, doch wurde auch hier die Starre um so stärker, je näher man dem Locus coeruleus

kam. Im Ganzen waren überhaupt beim Hunde alle die Bewegungen weniger lebhaft als beim Kaninchen. Durchschneidungsversuche haben ergeben, dass gerade im Locus coeruleus ein Punkt gelegen ist, bei dessen Durchtrennung eine tetanische Starre eintritt, die den Schnitt einige Minuten überdauert; die Starre ergreift die Extremitäten und den Rumpf, nicht die Augen; daneben tritt Inspirationskrampf ein. Trotzdem die Kleinhirntheile mit durchschnitten werden, sind Rollbewegungen selten.

Während wir also beim Kaninchen von der Medulla oblongata aus Starre und mehr klonische Gliederbewegungen auslösen können, wird beim Hunde von denselben Stellen nur tetanische Gliederstarre hervorgerufen. Beim Hunde müssen also die beim Kaninchen von der Medulla oblongata auslösbaren Gliederbewegungen mit und ohne Locomotion von höheren Centren ausgelöst werden. Damit fällt für den Hund natürlich vollständig die Medulla-Theorie des epileptischen Anfalles, wenigstens für das Gesammtbild desselben fort; der tonische Theil des Anfalls könnte natürlich immer noch von hier ausgelöst gedacht werden.

Krämpfe können das Initialsymptom bilden: 1) bei Gehirngeschwülsten, bei Gehirnläsionen infolge von Schädeltraumen, bei Gehirnabscessen nicht-traumatischen Ursprungs, bei Gehirnerweichung und Gehirnblutung; 2) bei parenchymatöser Encephalitis; 3) bei Paraphrenia paralytica; 4) bei multipler Sklerose; 5) bei Urämie, überhaupt auf toxischer Basis; 6) bei peripherischer Nervenläsion; 7) bei Hysterie, in welcher organische Gehirnerkrankungen (Tumoren, Syphilis) die partielle Epilepsie verursachen können (vgl. §. 405, p. 663).

Löwenfeld glaubt mit Jackson und Anderen, dass die Reihenfolge der Krämpfe durch die räumliche Nebeneinanderlagerung der motorischen Rindencentren bedingt ist; es lassen sich aber auch Abweichungen von der Regel constatiren. Beachtenswerth ist, dass Lähmungserscheinungen auch vor dem Einsetzen der Convulsionen als Aura und während des Ablaufes derselben sich einstellen können. Eine Erklärung der Lähmungen vor und nach dem Anfalle findet Löwenfeld (l. c. p. 416 f.) in der Annahme eines Hemmungsvorganges, der in den betreffenden motorischen Rindengebieten sich abspielt oder von der Hirnrinde aus in subcorticalen Centren herbeigeführt wird. Auch den Convulsionen vorhergehende Sprachstörungen werden auf vorübergehende Hemmungszustände zurückgeführt. Die halbseitigen, vorübergehenden Paralysen nach den Anfällen beruhen auf temporärer Erschöpfung der Centren; schwindet die Lähmung nicht nach einigen Tagen, so handelt es sich um punktförmige Ekchymosen in der Hirnrinde, wie sie auch im Gesicht mitunter nach schweren Anfällen auftreten. Die Centren der Rinde, um die es sich handelt, sind nur motorische Conductoren für die

combinirten Bewegungen. Sensibilitäts-Störungen leiten häufig als Aura den Anfall ein, können aber auch nach dem Einsetzen der Convulsionen persistiren und den Anfall überdauern. Die Anfälle können ebenso wie motorische Paralysen auch Gefühlslähmungen hinterlassen. Bei einem Fall (Löwenfeld) von cerebraler Rindenlähmung mit grösseren oder kleineren Anfällen, ging denselben gewöhnlich eine Aura, eine epigastrische Sensation, vorauf. Im Allgemeinen unterstützen die Beobachtungen die Ansicht, dass die Rindenfelder der cutanen Empfindung mit jenen der Bewegung für die betreffenden Körperabschnitte in der Hauptsache sich decken.

III. Pathologische Anatomie.

§. 403.

Zum Studium der Epilepsie sind nach dem Vorgange Jackson's die initialen Symptome zu beachten. Dieselben variiren ebenso wie der primäre Sitz der Erkrankung. Die Jackson'sche Epilepsie entsteht durch Läsionen des Rindengraus, doch ist bei der allgemeinen Ausbreitung derselben späterhin auch Pons und Medulla alterirt. Die Jackson'sche Epilepsie (Rinden-, partielle Epilepsie) ist nach Löwenfeld nicht als eine organische Erkrankung der Hirnrinde und vorwiegend der motorischen Region aufzufassen, weil nicht nur umschriebene Läsionen der Rinde und deren nächster Markunterlage, sondern auch diffuse Oberflächen-Erkrankungen und Heerde, welche ganz entfernt von der Grosshirnoberfläche im Hemisphärenmark etc. ihren Sitz haben, localisirte Convulsionen herbeiführen können.

Der Symptomencomplex der Jackson'schen Epilepsie gestattet durchaus nicht immer den Schluss auf das Vorhandensein einer gröberen Erkrankung des in Betracht zu ziehenden Bezirkes des motorischen Rindenfeldes. Es liegen Fälle vor, in denen alle charakteristischen Erscheinungen der partiellen Epilepsie häufig zum Ausbruch gekommen waren, und doch zeigte die Section jedes Mal eine ganz diffuse und über beiden Hemisphären gleich ausgebildete Meningitis ohne Spur einer, der Gehirnlocalisation nach zu erwartenden Rindenzerstörung durch Tumor, Erweichung, Blutung etc. oder auch nur durch periencephalische Verwachsungen zwischen Rinde und Hirnhäuten.

Ein constantes Zusammentreffen von classischer, idiopathischer Epilepsie besteht mit einer Asymmetrie des Gesichtes. Die Schädelasymmetrie ist nicht als die Ursache der epileptischen Krankheit anzusehen, sondern man ist eher berechtigt, sie als Folge der fehlerhaften und ungleichen Entwicklung der beiden Hemisphären zu betrachten,

besonders da man häufig genug bei Epileptischen auch eine Ungleichheit in den Gesichtsverhältnissen findet. Praktisch wichtig erscheint das Zusammentreffen, wo es sich um eine Unterscheidung von essentieller und symptomatischer Epilepsie im jugendlichen Alter handeln wird, und wo sonstige Zeichen einer Hirnerkrankung fehlen.

Krankengeschichte 1. und Sectionsbefund: Atrophie der rechten Hemisphäre. (Donald Fraser). Ein 17 jähriger, junger Mann, der seit seinem 15. Jahre an Epilepsie leiden sollte, wurde im Juni 1884 wegen einer Reihe von schweren Krampfanfällen halb bewusstlos aufgenommen. Nachdem er sich allmählich erholt hatte, blieben die Anfälle einige Monate fort, um dann in Intervallen von Wochen bis Monaten serienweise aufzutreten. In dem Status epilepticus war die Temperatur oft erhöht, und das Bewusstsein zwischen den einzelnen Anfällen der Reihe meist geschwunden. In den freien Zwischenräumen zeigte Patient sich thätig und normal gebildet, er las viel in religiösen Schriften, war sehr reizbar, jähzornig, zänkisch. Als Aura ging mitunter ein heftiger Schmerz im rechten Schenkel den Anfällen voraus. Im November 1888 ging Patient an Koma in einem Status epilepticus zu Grunde. Die Section ergab, dass die rechte Stirnhälfte kleiner war als die linke; die Differenz im Längenmaass betrug 2 1 cm. und im Gewicht 270 g. Der obere rechte Parietallappen war deutlich atrophisch und gelatinös degenerirt. Die degenerirte Parthie reichte bis zur Mittellinie und nahm den Gyrus angularis ein, wie auch Theile der oberen und der zweiten Temporo-Sphenoidalwindungen. Auch im oberen und mittleren Theile der dritten Frontalwindung zeigte sich eine atrophische Stelle. Die motorischen Centren schienen normal, doch waren sie, wie die ganze rechte Hemisphäre mit den centralen Ganglien erheblich kleiner als die links; das Gewebe war hart und schien sklerotisch zu sein. Irgend welche paralytischen Erscheinungen oder Störungen der Sinnesorgane oder Unterschiede in der Bewegung beider Körperhälften wurden in der vierjährigen Beobachtungszeit nicht gefunden. Die Ursache der Porencephalie liegt vielleicht in der Thrombose eines oberflächlichen Gefässes.

Krankengeschichte 2. und Sectionsbefund: Epilepsie mit Aura im Geruchssinn infolge eines Tumors im Temporosphenoidal-Lappen. (Jackson und Beevor). Die 53 jährige Patientin war bis zu ihrem Tode fünf Wochen beobachtet worden. 13 Monate vor ihrer Aufnahme waren die ersten Anfälle, beginnend mit Tremor der Hände und Arme, aufgetreten. Alsdann traten Gesichtssinnestäuschungen (traumhafter Zustand) auf, ausserdem ein unbeschreiblicher, abscheulicher Geruch, zugleich mit einem Erstickungsgefühl. So stand die Patientin in einem Anfalle da, ohne das Bewusstsein zu verlieren, mit weit geöffneten, starren Augen; der Urin ging dabei unwillkürlich ab. Anfänglich bestand Hemiparese, später, kurz vor dem Tode, Hemiparalyse, aber niemals heftiger Kopfschmerz, jedoch zuletzt Neuritis optica beiderseits. Es fehlte jede Störung des Gesichts, auch der Geruchssinn fehlte nicht, sondern es bestand nur während der Anfälle die oben beschriebene Täuschung. Dieses Symptom ist ebenso wichtig für die Diagnose, wie die Fälle von Anosmie. In diesem Falle war das vordere Ende des Lobus temporo-sphenoidalis von einem Tumor (rundzelligem Sarkom) ausgefüllt, der den Nucleus amygdalae umfasste, aber die graue Rinde der Hippocampuswindung nicht berührte. (Ferrier hat gezeigt, dass das vordere Ende der Temporo-sphenoidal-Region bei scharfriechenden Thieren stark entwickelt ist, im Gegensatze zu schlecht riechenden.) Der Nucleus dentatus war sehr zusammengedrückt, die Fasern der inneren Kapsel ebenfalls. Dass Geruchssinnestäuschungen noch vorkamen, beweist, dass das Centrum nicht gänzlich zerstört sein konnte.

IV. Allgemeines Bild der Epilepsie.

§. 404.

Die Epilepsie ist nicht allein eine schwere Neurose, sondern eine periodische, cerebrale Störung von stark verkürztem Anstieg bis zur vollen Entwicklungshöhe und raschem, unvermittelten Abfall, bei gleichbleibendem Symptomencomplex jedes einzelnen Anfalls und nachfolgender, den Anfall deckender, vollständiger oder unvollständiger Amnesie (Samt). Der für das Zustandekommen epileptischer Anfälle ursächliche Hirnzustand äussert sich in einer functionell gesteigerten Erregbarkeit des Gehirns, speciell einer solchen des vasomotorischen und des Krampfcentrums.

1. Als dem Anfalle gleichwerthige Zeichen bestehender Epilepsie gelten folgende Zustände (v. Krafft-Ebing l. c. p. 537): 1) Blosse Lücken in der Continuität des Bewusstseins, Secunden bis Minuten lange Verluste oder auch blosse Trübung des Bewusstseins mit Erblassen des Gesichts (Absences ohne begleitende motorische, speciell krampfhafte Störungen). Die Kranken unterbrechen in einer kurzen Pause ihre Beschäftigung und nehmen sie wieder auf, ohne dass der unvorbereitete Beobachter die Unterbrechung verstehen kann. 2) Dieselben Defecte oder Trübungen des Bewusstseins in Verbindung mit partiellen Muskelkrämpfen; diese können sich auf momentanes Schielen, Grimassiren, Verdrehen des Kopfes oder der Glieder, Stottern incohärenter Worte beschränken. 3) Dieselben Bewusstseinsstörungen mit gleichzeitigen automatisch-traumhaften, impulsiven Handlungen, z. B. Uriniren, Zusammenraffen gerade zur Hand befindlicher Gegenstände, blindes Fortlaufen etc.

Nach des Verfassers Ansicht (Arch. f. Psych. I. p. 323) können auch Schwindelanfälle mit einem von peripherischen Körpertheilen zum Kopf aufsteigenden, somit auraartigen Charakter, welche mit Angst, momentaner Störung des Bewusstseins, rauschartiger Verwirrtheit der Gedanken, Palpitationen, automatischen Lippen- oder Schluckbewegungen einhergehen, die Bedeutung epileptischer Insulte haben, zumal dann, wenn der Kranke im Anschluss an seinen wirren Traum umherging, unpassende Dinge sprach, verkehrte Handlungen ausführte und diese Schwindelanfälle gehäuft darbot. Nach Emminghaus sind Schweissparoxysmen, die ohne alle Veranlassung, speciell ohne Muskelanstrengung mit oder ohne Schwinden des Bewusstseins, unter Nachlass der motorischen Innervation und unter Zittern auftreten, als Anfallserscheinungen einer epileptischen Neurose zu deuten. Dasselbe gilt für die von Westphal und Fischer bei der Epilepsie verdächtigen

Kranken beobachteten, eigenthümlichen Anfälle von Schlaf, ferner von bei Epileptikern beobachteter, meist intercostaler Neuralgie, die mit Bewusstseinsstörung und Begleiterscheinungen des sonst classischen, convulsiven Anfalls einherging, ferner von häufig wiederkehrenden ohnmachtartigen Zufällen mit plötzlichem Verlust und plötzlicher Wiederkehr des Bewusstseins, endlich von gewissen Fällen von nächtlichem Aufschrecken, Somnambulismus bei Personen, die später epileptische Anfälle boten. Ebenso sind die Absences- und Vertigoanfälle als gleichwerthige Erscheinungen des gewöhnlichen epileptischen Insults anzuerkennen.

Die Diagnose kann nicht ein einzelner Fall begründen, sondern nur eine Summe von gleichartigen Symptomen, welche die einzelnen verschiedenen Erscheinungen als epileptische erscheinen lassen. Der epileptische Anfall kommt auch bei Paralyse und anderen Störungen der cerebralen Functionen vor, fehlt aber vollständig bei dem vertiginösen Insult, wo eine kurze Pause von Bewusstlosigkeit ihn ersetzt. Bei der Epilepsia nocturna kann es geschehen, dass weder die Kranken noch die Umgebung eine Ahnung von der bestehenden schweren Krankheit haben. Doch werden zeitweise wiederholtes Bettnässen, aus dem Bette Fallen, Ekchymosen in der Haut des Gesichts, namentlich der Sklera, Verletzungen der Zunge, in Verbindung mit Stumpfheit und Verwirrtheit des Denkens, Abgeschlagenheit und Verstimmung beim Erwachen allmählich die bedeutende Störung verrathen.

2. Auf eine wahrscheinliche epileptische Neurose deuten schon gewisse Charaktereigenthümlichkeiten bestimmter hin, ein sogenannter epileptischer Charakter. Dahin gehört eine abnorme Gemüthsreizbarkeit, ein launisches, in Extremen zwischen psychischer Depression (hypochondrischer Verstimmung, Abspannung, Befangenheit bis zur Angst bei ganz gleichgültigen Handlungen) und zwischen Exaltation mit krankhaft gesteigertem Wollen sich bewegendes, vorwiegend aber misstrauisches, verschlossenes, hämisches, eigensinniges Wesen, das hartköpfig im Festhalten eigener Ideen ist. Solchen Individuen fehlt jede tiefere moralische Lebensanschauung, sie thun nie etwas Gutes, sondern zeigen sich in der Rolle von Misanthropen, unzuverlässigen Freunden etc. Bei vielen Epileptikern zeigt sich auch ein Zug von Bigotterie, ein kopfhängerisches, muckerisches Wesen, das, je nach dem der Kranke exaltirt oder deprimirt ist, in religiöser Gehobenheit oder Zerknirschung sich äussert.

3. Als Aura epileptica gehen dem Anfalle die verschiedenartigsten Symptome Minuten bis Stunden und Tage voraus. Bald kommt eine rauschartige Verwirrung und Umnebelung des Bewusstseins, bald tiefe Verstimmung, peinliche Laune vor. Der Charakter ändert sich, die

Kranken werden mürrisch, traurig, oder reizbar heftig, oder euphorisch mit kleptomanischen Antrieben. Sie klagen über Eingenommenheit und Schwere im Kopf, über Schmerzen, die vom Epigastrium oder centripetal aufsteigen, über Erschwerung des Denkens; zuweilen treten Beschleunigung des Vorstellungsablaufs, Gedankenflucht, Verwirrung, Zwangsvorstellungen auf; ferner Schwindelempfindungen, Neigung zum Schlaf mit vielfachem Gähnen. Es zeigt sich Uebelkeit, Herzbeklemmung, Augenflimmern, Sehen von roth oder blau leuchtenden Flammen, Ohrensausen; heftige, feindliche Illusionen und Hallucinationen führen zu gewaltthätigen Aeusserungen. Seltener finden sich widrige Geruchs- und Geschmacksempfindungen, Abstumpfung der Hautsensibilität. Auf vasomotorischem Gebiete macht sich Kribbeln, abwechselnd Erblassen und Erröthen des Gesichts, Frost und Hitze, vermehrte Schweiss- und Speichelsecretion geltend. Auf motorischem Gebiete kommt es zu convulsivischen Bewegungen einzelner Muskeln und Muskelgruppen, dysarthritischer Sprachstörung, zur Drehung des ganzen Körpers um die Achse oder zu unruhigen Gangbewegungen. Die Kranken beginnen sogar in bewusstlosem Zustande zu wandern, bis sie im Anfall zusammenstürzen, oder zu klarem Bewusstsein erwachen.

4. Während des Anfalls ist in den vollständig ausgebildeten Fällen das psychische Leben in der Bewusstlosigkeit völlig untergegangen. Wenigstens erinnert sich der Kranke keines psychischen Actes aus dieser Zeit, wenngleich jener Gesichtsausdruck von starrem, entsetztem Staunen, den der Kranke so oft zeigt, den Gedanken eines schrecklichen Seelenleidens erwecken könnte. Es giebt aber viele Fälle, wo sich das Verhalten der psychischen Störung während der Anfälle constatiren lässt. Es kommen nämlich sehr häufig, theils als Vorläufer der intermittirenden Krämpfe, theils abwechselnd mit solchen, Anfälle vor, welche, entweder ganz ohne oder doch mit sehr beschränkter Störung der Bewegung (Zuckungen einzelner Gesichtsmuskeln, Schlingbewegung, Relaxation der Armmuskeln etc.), hauptsächlich in einer psychischen Anomalie bestehen, deren Aeusserungen beobachtet werden können, und deren sich der Kranke, zuweilen wenigstens theilweise erinnert. Bei manchen dieser Kranken ist es ein plötzliches Verdämmern oder Aufhören des Bewusstseins der Aussenwelt; die Augen werden starr, der Kranke murmelt, wenn er im Gespräche war, zuweilen das zuletzt vorgebrachte Wort weiter; dann kommt er wieder zu sich, bemerkt seine Geistesabwesenheit, versucht sie zuweilen zu verbergen, oder fährt in dem Gespräche an dem Worte, wo er stehen geblieben, fort. Solche Kranke haben nachher ihren Zustand beschrieben als einen grossen geistigen Schmerz mit tiefer Verwirrtheit und Depression, wie in einem schweren Traum; sie hatten ein Gefühl von

Gewissensangst oder wie von einem überwältigenden Unglück, ohne dass sie einen Grund dafür finden konnten. Andere Kranke führen, nachdem sich das Bewusstsein halb oder ganz umnebelt, combinirte Bewegungen, Reihen von Handlungen aus, in denen sich ein Traumzustand von verschiedenem, in der Regel peinlichem, mehr oder weniger depressivem Charakter ausspricht; meist bleibt keine Erinnerung von ihnen.

5. Unmittelbar nach dem Anfalle zeigt die psychische Thätigkeit oft die auffallendsten Störungen. Der Kranke spricht zuweilen längere Zeit unzusammenhängend wie ein Blödsinniger, und es stellt sich mitunter die Intelligenz erst nach einigen Tagen wieder bis zu ihrem früheren Verhalten her. Noch wichtiger aber sind jene, dem Krampfanfalle auf dem Fusse folgenden Paroxysmen von höchster psychomotorischer Erregung, die sich oft durch einen so hohen Grad von blinder Wuth und Wildheit, ein so tolles Dreinschlagen, wie es bei anderen Maniacis kaum jemals vorkommt, auszeichnen. In anderen Fällen sind es tief melancholische Zustände, äusserlich ruhig oder agitirt und in letzterem Falle sich auch zuweilen zu völliger Tobsucht steigernd, welche so nach den Anfällen ausbrechen. Alle diese Zustände bessern sich in der Regel bald, besonders durch Schlaf, gehen zuweilen aber in einen Zustand von Stupor über, wo die Kranken mit mehr oder weniger Kopfcongestionen und Fieber, ganz ermattet und in Prostration da liegen und zuweilen nach einigen Tagen, selbst Wochen eines unbestimmt typhoiden Krankheitsbildes (mit negativen Obductionsresultaten) erliegen.

Ganz dieselben psychisch gestörten Zustände können denn auch ohne vorhergegangene Anfälle, gewissermaassen an Stelle solcher vorkommen; wohl immer geschieht dies dann mehrmals, und es entsteht so ein mit epileptischen Anfällen wechselnder intermittirender Erregungszustand der allerschlimmsten Art.

Eine sehr grosse Anzahl Epileptischer ist aber auch während der krampffreien Zeiten chronisch geisteskrank. Um zu erkennen, in welchem Umfange dies der Fall ist, darf man die Epilepsie nicht nach den vereinzelten Fällen der Privatpraxis, sondern man muss sie nach den Daten studiren, welche sich in den grösseren, für solche Kranke bestimmten Anstalten der Beobachtung ergeben. So waren z. B. unter 385 von Esquirol beobachteten epileptischen Frauen 46 Hysterische, wovon viele an Hypochondrie, an Erregungszuständen litten, 30 weitere Maniacae, 12 mit abrupten paranoischen Zügen behaftete Demente, 8 Idioten, 145 Blödsinnige (darunter 16 beständig blödsinnig, die anderen nur kürzere oder längere Zeit nach dem Anfalle); 50 zeigten das Bild des versatilen Blödsinns. 60 Kranke (also nur $^1/_5$) waren ohne Störung der Intelligenz, zeigten aber den specifischen epileptischen Charakter.

6. Bei gehäuften epileptischen Zuständen kommt es vor, dass in

der Zwischenzeit zwischen den Anfällen ein eigenthümlicher, dem Schlafwandeln ähnlicher Dämmerzustand besteht, in welchem der Kranke scheinbar wieder ganz bei sich ist, zusammenhängend spricht, geordnet handelt, ja selbst seinen Geschäften nachgeht, gleichwohl aber kein intactes Bewusstsein besitzt, sodass er später gar nicht weiss, was er in diesem Zustande gethan hat. Dieser eigenthümliche epileptische Dämmerzustand kann bis zu mehreren Stunden andauern und ist von eminent forensischer Wichtigkeit. Andere Dämmerzustände bestehen in Nachtwandeln. Die Handlungen der Kranken sind dabei gewöhnlich sehr einfache, durch lange Gewöhnung geübte. Die Augen sind geschlossen oder halb geöffnet und starr. Die Wahrnehmung der Aussenwelt ist sehr beschränkt, es werden nur die Objecte bemerkt, welche der Patient gerade vor sich hat. Meist genügt schon die blosse Namensnennung (Hervortreten des Selbstbewusstseins), um den Nachtwandler zu erwecken; sicher aber wirken stärkere Reize. Am Morgen erwacht der Kranke matt und abgeschlagen und hat keine Erinnerung an die ausgeführten Handlungen. Oft besteht bei plötzlichem Erwachen aus dem Schlafe eine Bewusstseinstrübung mit illusionärer Verfälschung der Wahrnehmung. Die Kranken glauben sich in grosser Gefahr und begehen in ihrer ängstlichen Verwirrung oft sehr gefährliche Handlungen (forensisch wichtig). Diese Zustände sind den epileptischen zuzurechnen, da sie grosse Aehnlichkeit mit dem epileptischen Stupor haben.

V. Allgemeine Symptomatologie.

A. Epileptische Anfälle.

§. 405.

Sie nehmen eine hervorragende Stelle unter den Symptomen der vorliegenden Gehirnkrankheit ein. Sie kommen aber auch unabhängig von greifbaren Läsionen als Neurosen vor. Man beobachtet Convulsionen bei der Uraemie, bei der Eklampsia gravidarum. (Die Eklampsia infantum ist eine reflectorisch bedingte Neurose.) Direct werden epileptische Anfälle durch Erkrankung der Grosshirnoberfläche ausgelöst. Hierzu geeignet sind die Meningitis und die progressive Paralyse, ebenso die Submeningealblutungen und die Pachymeningitis haemorrhagica in ihren acuten Nachschüben; besonders gehen Blutungen, die sich unter die Pia eröffnet haben, mit epileptischen Anfällen einher; ebenso liegen oft Infectionsgeschwülste, Gummaten und Tuberkeln, die Parasiten Cysticercus und Echinokokkus und sklerotische Processe der Epilepsie zu Grunde; häufig ist Sklerose des Ammonshorns als einziger Befund nach langjähriger Epilepsie constatirt worden. Indirect bewirkt ist die Epilepsie ein Zeichen gesteigerten Hirndruckes, namentlich bei

Tumoren, wenn sie mit einer gewissen Geschwindigkeit wachsen oder serösen Erguss in die Hirnventrikel herbeiführen, bei Hydrocephalus, beim Hirnabscess. Durch ein gewisses Verhältniss der allgemeinen Drucksteigerung erzeugt die Hirnblutung epileptische Convulsionen z. B. beim Durchbruch in die Ventrikel, ferner bei ungewöhnlich umfangreichen Blutungen (Wernicke l. c. I. p. 305, 306).

1. Das Bild des epileptischen Anfalls selbst ist verschieden, vor Allem in Bezug auf die Verbreitungsweise der Convulsionen: bald ist der grösste Theil der willkürlichen Muskulatur, bald sind nur einzelne Muskelgruppen ergriffen, bald bestehen überhaupt keine Convulsionen und trotzdem ist der Name Epilepsie (als Neurose aufgefasst) gerechtfertigt. Die gewöhnlichste Form des Anfalls ist folgende: Unter plötzlichem Verlust des Bewusstseins wird ein grösserer Theil der Muskulatur von tonischem, langsam ansteigendem Krampfe befallen, meist mit Einschluss der Inspirations- und der Kehlkopf-Muskulatur, sodass ein inspiratorisches, langgezogenes, grunzendes Geräusch entsteht. Die tonische Spannung bleibt dann eine Weile auf ihrem Maximum, aber während sie für einen Theil der Muskulatur noch besteht und gewöhnlich auch für die Inspiration, beginnen in einem anderen Theile der Muskeln klonische Zuckungen von erst geringen, dann immer grösseren Excursionen, und dieses Stadium höchst gewaltsamer klonischer Convulsionen hält eine Zeit lang an, gewöhnlich beträchtlich länger als das vorangegangene, um dann allmählich mit einem Nachlass der Excursion und Gewaltsamkeit der Zuckungen abzuklingen und in eine allgemeine Resolution überzugehen. Es ergeben sich somit drei natürliche Stadien des epileptischen Anfalls; eins der langsam anwachsenden, tonischen Contraction, ein zweites des ansteigenden und auf einer gewissen Höhe bleibenden klonischen Krampfes, ein drittes des allmählichen Abklingens und der vollständigen Resolution (ibid. p. 307). In allen dreien ist tiefes Koma zugegen; dasselbe geht aber von dem letzten Stadium durch gradweise Abstufungen allmählich in einen mehr dem normalen Schlafe ähnlichen Zustand über.

Es ist auffallend häufig, dass der Krampf der Athmungsmuskulatur vorwiegt und die auffälligsten Erscheinungen des Anfalls ausmacht. Meist ist vermehrte Speichelsecretion vorhanden; der reichlich abgesonderte Speichel wird zu Schaum verarbeitet, der eine blutige Färbung annimmt, wenn wie gewöhnlich Zunge und Lippen zwischen die krampfhaft bewegten Kiefer gerathen. Durch die Asphyxie tritt eine livide bis cyanotische Verfärbung des Gesichts ein.

Das Verhalten des Bewusstseins hängt im Allgemeinen von der Verbreitung der Convulsionen ab. Bleiben dieselben beschränkt, so geht das Bewusstsein in der Regel nicht verloren, doch ist es immer

beeinträchtigt, dagegen tritt bei weiterer Verbreitung des Krampfes regelmässig Bewusstlosigkeit ein.

Bleibt der Krampf nicht beschränkt und verbreitet sich weiter, so lässt sich eine gewisse Gesetzmässigkeit in der Reihenfolge, wie die Muskulatur ergriffen wird, constatiren. Diese Reihenfolge entspricht meistens der anatomischen Lage der motorischen Rindencentren, von welchen der Krampf ausgeht. Die Augen werden stets in gleichem Sinne, zu einer Blickrichtung combinirt bewegt, bei rechtsseitigem Krampfe nach rechts, bei linksseitigem nach links. Im dritten Stadium ihres Krampfes stellen sie sich in die entgegengesetzte Richtung ein und bleiben so eine Zeit lang stehen. Meist ganz unabhängig davon macht auch die Drehung des Kopfes ihre Phasen durch. Besteht der locale Krampf im Gebiete des unteren Astes des rechten Facialis, so bedingt er zugleich motorische Aphasie, welche kurze Zeit den Anfall überdauern kann. Unverkennbar steht auch die Schnelligkeit der Verbreitung in einem gewissen Verhältnisse zu dem Verlust des Bewusstseins. Nicht selten ist ein localer Krampf von einer Schwäche, bisweilen von einer vollständigen Lähmung des betroffenen Muskelgebietes gefolgt, welche sich im Laufe von Stunden oder Tagen wieder vollständig zurückbildet. Häufen sich die Anfälle in einem kürzeren Zeitraum, so spricht man von einem Status epilepticus, état de mal (cfr. unten §. 409). Das Bewusstsein wird in Folge einer solchen Serie erheblich beeinträchtigt (Wernicke l. c. I. p. 309, 310).

2. Die Krämpfe selbst sind tonischer oder klonischer Natur, partiell (Jackson'sche Epilepsie) oder allgemein. Bei tonischen Krämpfen können die Kranken in Opisthotonus oder in Lordotonus verharren.

Ueber den zeitlichen Eintritt der epileptischen Anfälle giebt Féré an, dass am häufigsten gegen 9 Uhr Abends und dann am Morgen zwischen 3 und 5 Uhr Anfälle beobachtet seien. Brown-Séquard fand bei gleicher Statistik die Anfälle am häufigsten vor dem Erwachen. Es kann die Frage aufgeworfen werden, ob nicht zwischen der relativen Häufigkeit der Anfälle in diesen Stunden und denen der hypnagogischen Hallucinationen und der Träume, welche ebenso gerade in diesen Stunden auftreten, ein Zusammenhang besteht, ferner ob nicht die psychischen Störungen und die Krampfzustände eine gemeinsame Ursache haben, oder in welchem Maasse die ersteren auf die Hervorbringung der letzteren einwirken.

Pitres unterscheidet, neben den gewöhnlichen, ausgebildeten Anfällen, rudimentäre oder larvirte, welche in ihrer Entstehung dem entwickelten epileptischen Zustande vollkommen analog zu setzen sind.

3. Nach dem Anfall können permanente Contracturen in Extension oder Halbbeugung eintreten; diese halten einige Minuten bis

mehrere Tage an. Sie sind an den oberen Extremitäten häufiger als an den unteren, gewöhnlich nur auf einer Seite (vgl. die Abbildung), selten allgemein. Eine andere Art entsteht nur dann, wenn man plötzlich ein Glied des Patienten mit kräftigem Druck erfasst. Es tritt dann eine



Partielle Epilepsie (nach Bourneville und Regnard).

Starre desselben ein, die man nur mit grösster Kraft und unter Auftreten von Zuckungen überwinden kann; lässt die pressende Hand das Glied los, so ist es wieder frei beweglich.

§. 406.

4. Eine nicht gerade sehr häufige, aber sehr interessante Erscheinungsscene der Epilepsie ist die, bei welcher die Kranken im An-

falle plötzlich stürmisch vorwärts oder in grossem Bogen herumlaufen. Bei der reinen Epilepsia procursiva dauert der Anfall nicht länger als einer der gewöhnlichen Epilepsie, verläuft aber meist ohne Fall oder Koma, nur mit starker Gesichtscongestion. Das Symptom des Laufens kann verschieden auftreten: die Erscheinung des Laufens kann allein den Anfall ausmachen, das Laufen kann aber auch von einem epileptischen Krampfanfalle gefolgt sein (Epilepsie avec aure procursive). Die reine Form geht oft in eine solche über. Auch kann das Laufen nach einem Krampfanfalle eintreten (Epilepsie avec procursion consécutive) u. s. w. Auch die Vertigos und Absences können mit automatischer Bewegung gleicher Art (Laufen, im Kreise Gehen, Wälzen u. s. w.) verbunden sein. Die Lauf-Epilepsie kommt meistens in der Kindheit oder doch im jugendlichen Alter vor und geht entweder in plötzlichem oder in allmählichem Uebergange später in die gewöhnliche Form der Epilepsie über. Nothnagel hält sie für eine besondere Art der Epilepsie, beruhend auf groben anatomischen Veränderungen des Gehirns, wie man sie bei Gehirnleiden mit impulsiven Bewegungen gefunden hat; jedoch kann sie auch ohne solche vorkommen (Ladame).

Obwohl seit alter Zeit bekannt, wird diese eigenthümliche Form der Epilepsie doch kaum in der Litteratur erwähnt. Nach Angaben von Bourneville und Bricon hat Thomas Erastus in Basel 1578 diese Form deutlich beschrieben. Nach Tissot giebt Daniel Sennert in Wittenberg 1602 eine gute Schilderung der Epilepsie procursive. Portal, Esquirol, Delasiauve, August Voisin, Obernier (seltene Form, dass das Fortlaufen erst zu Ende des Anfalls geschah) Trousseau, Nothnagel, Hammond, Sammola haben Fälle beschrieben (Ladame), Bourneville und Bricon haben mehrere Fälle mit Sectionsbefund veröffentlicht:

In dem ersten Falle hatte der Kranke seit seinem siebenten Jahre Krampfanfälle, in deren Beginn er einige Meter vorwärts lief und dann, wenn er sich nicht festhalten konnte, umfiel. Die Anfälle mehrten sich. Mit etwa 12 Jahren begann Pat., dement und boshaft zu werden: nach und nach ging das Leiden in die gewöhnliche Form der Epilepsie (ohne Laufen) über, mit $24\frac{1}{2}$ Jahren starb der Kranke. Es fand sich eine unregelmässige Atrophie der linken Hemisphäre (besonders am Sulc. central. anter. und am Hinterhauptslappen), welche um 25 g leichter war als die rechte; und eine viel stärkere Atrophie und Sklerose der linken Kleinhirnhälfte (welche 35 g wog, gegen die rechte mit 65 g).

Der zweite Fall betraf einen 17jährigen Kranken, welcher in seinem zweiten Lebensjahre eine schwere Gehirnerkrankung mit Krämpfen und nachbleibenden Paresen gehabt hatte. Seit 12 Jahren litt er an Epilepsie procursive, stürzte sinnlos vorwärts, suchte sich dann zu setzen, wurde bleich und hatte Herzpalpitationen, danach trat rascher Verfall ein. Die Section ergab auch hier Atrophie und Sklerose des Grosshirns, besonders an der motorischen Zone rechts. Das Kleinhirn war im Ganzen etwas atrophisch, hatte 150 g Gewicht gegen die Norm von 172 g.

Sehr wichtig ist es, dass eine Begleiterin auch der Epilepsie procursive nach Bourneville und Bricon die Folie morale ist.

Dritter Fall. Ein junger, 16jähriger Amerikaner, erblich schwer belastet von Seiten beider Eltern, zeigte früh einen schlechten, lügnerischen und boshaften Charakter, war heftig und gewaltthätig, stahl u. s. w. Kein Erziehungs- und Besserungshaus konnte mit ihm fertig werden. Seit seinem 10—12 Jahre litt er an Schwindel mit Gesichtsverdunkelung, heftigem Schreck und dem unwiderstehlichen Drange davonzulaufen, wobei schreckhafte Sinnestäuschungen auftraten; er rannte einige Schritte gerade vorwärts und blieb dann mit Schweiss bedeckt stehen. Anfangs verlor er das Bewusstsein nicht; als sich später die Anfälle täglich wiederholten und auch Nachts auftraten, verlor er stets das Bewusstsein, jedenfalls wusste er nachträglich nichts von dem Anfall (Ladame).

Vierter Fall. Sectionsergebniss: Bei einem Patienten mit hereditärer Belastung, der seit seinem 11. Jahre an epileptischen Anfällen litt, und bei dem häufig automatische Erscheinungen (An- und Ausziehen etc.) nach den Anfällen auftraten, fand sich bei der Obduction eine Atrophie verschiedener Hirnwindungen, eine Anomalie in Form und Verlauf einzelner Hirnfurchen und eine Atrophie der rechten Kleinhirnhemisphäre; (Bourneville und Bricon).

Fünfter Fall. Sectionsergebniss: Bourneville beobachtete einen Kranken, der nach dem epileptischen Insulte automatische Handlungen (Oeffnen von Thüren, Suchen unter allen Betten, Zerreissen von Gegenständen) zeigte. In diesem Falle fand sich ebenfalls eine Atrophie einzelner Hirnabschnitte, und zwar vorwiegend der Occipitallappen; ausserdem wog die rechte Grosshirnhemisphäre 20 g weniger als die linke.

Diese automatischen Handlungen (professioneller Automatismus — Bourneville) können dem Anfall zuweilen auch unmittelbar vorangehen.

Sechster Fall. Sectionsergebniss: Bei einem Individuum, das früher an Epilepsie procursive, später an gewöhnlicher Epilepsie gelitten hatte, fand sich, abgesehen von einzelnen, wenig wichtigen Anomalieen der Gehirnwindungen, eine auffällige Schmalheit der mittleren Parthieen der aufsteigenden Frontalwindungen des Lobus occipitalis, sowie eine bedeutende Atrophie und Sklerose der linken Kleinhirnhemisphäre.

Siebenter Fall. Sectionsergebniss: Bei einem anderen Kranken, der seit seinem zweiten Lebensjahre an linksseitigen Convulsionen mit paralytischen Symptomen und seit seinem zwölften Jahre an Procursiv-Symptomen gelitten hatte, constatirte Bourneville post mortem eine erhebliche Atrophie der rechtsseitigen motorischen Centren des Grosshirns. Eine in den letzten Jahren immer mehr zunehmende Verkümmerung der Sprache erklärte sich daraus, dass sich die dritte Stirnwindung ebenfalls, und zwar links mehr als rechts, afficirt zeigte. Ausserdem fand sich noch eine chronische Leptomeningitis, eine mangelhafte Ueberlagerung des Cerebellums von Seiten des Grosshirns, Verkümmerung einzelner Arterien des Circulus Willisii, eine Atrophie des rechten Pedunculus cerebelli und der rechten Pyramide, sowie eine Atrophie der linken Hälfte des Rückenmarks. Das Kleinhirn zeigte eine leichte Atrophie in toto, doch war die linke Hälfte noch etwas kleiner als die rechte. Vielleicht ist Letzteres der Grund für eine intra vitam in der letzten Zeit hervorgetretene Verschlechterung des Sehvermögens.

Achter Fall. Sectionsergebniss: In einem Falle Meschedes (cit. v. Bourneville) deckten sich ebenfalls die klinischen Symptome — unwillkürliche und ungeordnete Bewegungen, Rotationsbewegungen, schwankender Charakter des Ganges, Zittern und Stottern der Sprache — mit dem anatomischen Befund einer Atrophie der einen Kleinhirnhemisphäre und Veränderung des Corp. denticulat. cerebelli.

Nach Bourneville sind vielleicht Veränderungen des Kleinhirns die Ursache für die procursiven Phänomene.

§. 407.

5. Nach Pitres treten bei der partiellen (symptomatischen) Rindenepilepsie nicht selten, neben den eigentlichen epileptiformen Krampfanfällen, leichtere, kürzer dauernde und symptomatologisch leicht zu übersehende Anfälle auf, welche das vollkommene Analogon des gewöhnlichen „petit-mal“ bilden. Diese „Aequivalente“ des partiellen epileptischen Anfalls treten ohne jede allgemeine Bewusstseinsstörung auf und bestehen in kurz dauernden, abnormen Empfindungen in der Haut, in sensoriellen, einseitigen Reizerscheinungen (Licht-, Gehörserscheinungen und dergl.), in psychischen Symptomen (Hallucinationen bei sonst klarem Bewusstsein) und endlich auch in vorübergehenden paretischen Schwächezuständen einer Extremität. Die nähere Art, die Dauer und der Verlauf dieser Zustände hängen von der Natur des corticalen Grundleidens ab.

6. Es kommen in unmittelbarem Anschlusse an epileptische Anfälle Zustände scheinbarer Bewusstseinsklarheit vor, während doch totale Bewusstlosigkeit besteht (cf. §. 404, 6), was man mit dem Namen doppeltes Bewusstsein bezeichnet hat. Das Gleiche beobachtet man, wenn sich an den Krampfanfall ein postepileptischer Zustand von moriaartiger oder hallucinatorischer Verwirrtheit anschliesst.

§. 408.

7. Zu den postepileptischen Irreseinszuständen gehören eigenthümliche aphasische Sprachstörungen in der Form der Paraphrasie und Parapraxie. In einzelnen Fällen schliesst sich an den Krampfanfall Tobsucht mit vollkommener Incohärenz und totaler Verwirrtheit, in anderen Fällen Hallucinationen an, welche letztere den Charakter der Verfolgung tragen oder religiösen Inhalts und meist auch mit Erregungszuständen verbunden sind. Die Erregungen können auch fehlen; die Kranken gerathen in einen Zustand von Apathie, der äusserlich das Bild des terminalen Blödsinns zeigt, der jedoch nach Tagen und Wochen wieder schwinden kann.

8. Die Dauer der postepileptischen Irreseinszustände ist in der Regel länger als die der präepileptischen; erstere werden in seltenen Fällen durch einen neuen Krampfanfall abgeschlossen, aus dem die Kranken in ihrer gewöhnlichen, intervallären psychischen Verfassung (cf. §. 404, 5) erwachen. Nach gehäuften epileptischen Krampfanfällen schliessen fast regelmässig verschieden lange dauernde psychische Störungen die At-

taque ab. Aus welchen Gründen dieselben bisweilen fehlen, lässt sich nicht bestimmen.

9. Die Intervalle zwischen den Anfällen sind verschieden lang. Dieselben werden mit dem längeren Bestande der Epilepsie kürzer. Psychisch-epileptische Anfälle sind gewöhnlich weiter aus einander gerückt als Anfälle von Convulsionen. Anfälle des „petit-mal" sind am häufigsten, oft mehrmals am Tage.

B. Status epilepticus.

§. 409.

Als Status epilepticus bezeichnet man einen Zustand, in welchem Stunden und Tage hindurch schwere Krampfanfälle, in kaum Minuten langen Intervallen sich so cumuliren, dass die Kranken nicht zum Bewusstsein kommen. Durch Hirn- oder Lungenödem kann dabei leicht der Exitus eintreten.

Der Status epilepticus setzt sich zusammen 1) aus einer fast unaufhörlichen Wiederholung epileptischer Anfälle, 2) aus einem schweren Collaps und schliesslichem Koma, 3) aus einer vorübergehenden oder dauernden Hemiplegie, 4) aus einer Frequenzerhöhung von Puls und Respiration, 5) aus einer sehr beträchtlichen Steigerung der Temperatur.

Man kann beim Status epilepticus zwei Perioden unterscheiden: die convulsivische und die meningitische. In der letzteren erfolgt der Tod. Oft besteht der Status epilepticus nur aus der ersten Periode; dann kehrt, trotz Ansteigens der Temperatur bis auf 41^0, das Bewusstsein wieder. Es ist diese Temperatur ein gutes Unterscheidungsmittel zwischen der wahren und simulirten Epilepsie.

C. Somatische Symptome.

§. 410.

Es sind folgende: Steigerung der Kopftemperatur im Anschluss an Krampfinsulte und Beschleunigung des Pulses, Kopfsensationen, Fluxionen nach dem Kopfe, Erweiterung der Pupillen, Einengung des Gesichtsfeldes, passagere und stationäre Anästhesie; die Menses coincidiren manchmal mit den Anfällen, meist ist indessen kein Zusammenhang nachweisbar und die Menstruation kündet sich nur durch grössere Zornmüthigkeit an (Schüle l. c. p. 264).

Haig wurde durch die auffällige Beziehung migräneartiger Kopfschmerzen zur Gicht auf Untersuchung des Urins geführt. Er fand nun auch bei einzelnen Epileptikern unmittelbar nach dem letzten Anfalle eine sehr vermehrte Ausscheidung der Harnsäure. Er erwartet demnach von entsprechender Diät (Fleischbeschränkung) und von Anwendung die Anhäufung der Harnsäure vermindernder Mittel Nutzen für diese Kranken.

Was den Athmungsmechanismus von Epileptikern ausserhalb der Anfälle anbetrifft, so fand Féré eine Verlängerung der Exspiration in vier Fünfteln der Fälle, und zwar häufig in einem absatzweisen Verlaufe ausgedrückt. Diese Erschwerung der Exspiration ist wohl einem Krampfe der Glottis zuzuschreiben, welcher den öfters beobachteten Zuckungen einzelner Glieder bei Epileptikern entspricht.

Die Untersuchungen des Pulses der Epileptiker haben eine erhebliche Bedeutung insofern, als die von Voisin zuerst geprüften Abweichungen (namentlich der behauptete Dikrotismus nach dem Anfalle) diagnostisch wichtig sein würden. Féré macht darauf aufmerksam, dass die Abweichungen keineswegs constant seien; zudem konnte er feststellen, dass auch bei gesunden Individuen Muskelarbeit der Arme ähnliche Veränderungen im Pulse hervorzurufen im Stande sei.

D. Consecutive Störungen.

I. Allgemeine Erscheinungen.

§. 411.

Jeder Anfall ist als ein schwerer Insult des Gehirns aufzufassen; er provocirt psychische Störungen, die sich in gleichmässiger Vernichtung der psychischen Leistungsfähigkeit äussern und selbst bis zum cretinenhaften Blödsinn sich steigern. Bei 62 % der Erkrankungen ist dauernd die Integrität der psychischen Functionen gestört (v. Krafft-Ebing l. c. p. 541). In einer Reihe von Fällen kommt es zu der fälschlich als Verrücktheit bezeichneten psychischen Störung, die durch einzelne epileptische Attaquen mit ihren Einzelsymptomen unterbrochen wird. In selteneren Fällen entwickelt sich ein Zustand, der mit der paralytischen Geistesstörung die Demenz, einzelne Lähmungen und den progressiven Charakter gemeinsam hat, im Verlauf sich aber mehr den Symptomencomplexen nähert, welche sich auf Grund einer örtlichen Gehirnaffection zu entwickeln pflegen. Ist die Epilepsie in früheren Lebensjahren entstanden und bis in die spätere Lebenszeit, sich stetig entwickelnd, vorgeschritten, so gehen mit diesen Erscheinungen eines psychischen Verfalls auch motorische Störungen einher, die, namentlich bei im Kindesalter entstandener Epilepsie, vielfach den Charakter schwerer Lähmungen mit hemiplegischem Charakter haben und sich gern mit Contracturen und secundären Muskelatrophieen verbinden; in anderen Fällen finden sich Tremor, Nystagmus, Störungen der Facialisinnervation, choreaartige Störungen, Glossoplegieen und aphasische Symptome. Auch sensible Störungen sind bei der epileptischen Degeneration häufig, sie können sich in Neuralgieen bestimmter Nervenbahnen und in allgemeinen Hyperästhesieen kundgeben. In den Endstadien der epileptischen Degeneration finden sich auch Zeichen des körperlichen Verfalls: die Gesichtszüge bekommen einen stumpfen Ausdruck, das subcutane Fettgewebe wird hypertrophisch und macht die Züge grob und plump und die Lippen wulstig.

2. Der epileptische Charakter.

§. 412.

Häufiger als eine wirkliche Psychose entwickelt sich, theils als Complication der ganzen Neurose, theils als Aequivalent, erschwerte Urtheils- und Begriffsbildung, lückenhafte Apperception und überhaupt functionelle Schwäche des psychischen Mechanismus. Der Vorstellungsschatz verarmt, indem das Gedächtniss für vergangene Zeiten leidet, und nur diejenigen Vorstellungen bleiben, welche sich durch fortwährende Wiederholung fest und unverrückbar fixirt haben. Schliesslich geht auch die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu sammeln, verloren, so dass der Kranke nur noch über einen kleinen Kreis von Ideen verfügt, innerhalb dessen er sich aber noch klar und zusammenhängend bewegt. Die Bedeutung des eigenen Ichs wächst bei dieser Weltanschauung bedeutend an; die Reden des Kranken enthalten nur noch Lobpreisungen seiner eigenen Person und seiner Familienangehörigen. Religiöse Vorstellungen werden besonders cultivirt. Die Kranken hoffen mit voller Zuversicht, durch die göttliche Gnade von ihren Leiden befreit zu werden. Diese psychische Schwäche kann sich, durch alle Stufen des Schwachsinns hindurch, bis zu völligem Stumpfsinn erstrecken.

Stets wird vor allen Dingen die ethische Seite des Individuums ergriffen. Dieser Defect zeigt sich in einer functionellen Schwäche bis zum Verlust der ethischen und aesthetischen Gefühle und Urtheile; er äussert sich in Brutalität, Grausamkeit, verbrecherischer, unsittlicher Lebensführung, verbrecherischem Antriebe mit Periodicität und mit ganz impulsivem Gepräge. Mit dieser moralischen Defectuosität, dieser Unverträglichkeit, Reizbarkeit, Brutalität steht in wunderlichem Gegensatz die Bigotterie und Duldermiene der Epileptiker, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge und den Satan im Leibe tragen (Samt). In ähnlichem Zwiespalte schwankt dieser psychische Schwächezustand zwischen einer Gemüths-Reizbarkeit, die bei den geringfügigsten Anlässen in zornigen, geradezu überwältigenden, bis zum Wuthparoxysmus sich steigernden Affecten explodirt, und zwischen einer morosen, hypochondrischen Verstimmung mit düsterem, zänkischem, eigensinnigem Wesen und hämischer, misstrauischer, neidischer Beurtheilung der Aussenwelt. Die Physiognomie derartiger Individuen ist eine unheimliche. Diese misanthropische Gemüthsverstimmung mag zum grossen Theil aus dem Gefühle ihrer exceptionellen und traurigen Lage, aus dem allmählichen Innewerden des moralischen Todes, zu dem sie durch ihre Krankheit verurtheilt werden, entspringen. Besonders tritt der Egoismus hervor: der geringste Widerspruch führt zu

brutaler Gewaltthätigkeit, der Kranke hält sich für verachtet und zurückgesetzt, wird immer misstrauischer, schliesslich bilden sich Zwangsvorstellungen, Primordialdelirien der Verfolgung, schreckhafte Hallucinationen, Angstanfälle heraus. Der Kranke beschuldigt seine Umgebung der Misshandlung, der Entwendung seines Eigenthums, droht mit Selbstmord und führt ihn auch wegen der kleinlichsten Motive impulsiv aus. Die körperlichen Beschwerden werden heute verleugnet, morgen mit der grössten Wichtigkeit und Uebertreibung behandelt. Besonders auffällig und charakteristisch ist das Triebartige im Geschlechtsleben und die Neigung zu Complotten. Das sonst wechselvolle und launenhafte Benehmen steht in fortwährendem Kriege gegen die Umgebung. Manche bewahren sich jedoch in ihrem Schwachsinn eine gewisse Gutmüthigkeit. Diese dauernden Aenderungen der psychischen Persönlichkeit bezeichnet v. Krafft-Ebing (l. c. p. 541) als epileptisch-psychische Degeneration.

VI. Specielle Symptomatologie.

Das epileptische Irresein.

§. 413.

Die epileptisch-psychischen Störungen treten in folgenden Formen auf: A. transitorisch meist mit Delirien verbunden. B. als chronische Dämmerungszustände. C. als chronische Psychosen. D. als epileptisch-psychische Aequivalente.

A. Psychische Störungen von kurzer Dauer.

Sie bestehen in mannigfaltigen Bildern von Stupor und Dämmerungszuständen des Bewusstseins, welche meist nur in der kurzen Dauer von einer Stunde bis zu einigen Tagen den eigentlichen epileptischen Anfällen mit plötzlichem Einsetzen voraufgehen, noch häufiger nachfolgen. Sie schliessen sich gern an eine Reihe kurz zusammengedrängter Anfälle oder an einen einzelnen Anfall, dem ein längerer, anfallsfreier Zeitraum vorangegangen ist.

Diese psychischen Störungen ersetzen öfters die classischen epileptischen Anfälle als Aequivalente und werden, wenn sie in längerer Dauer statt jener wiederkehren, als Epilepsia larvata oder als psychische Epilepsie bezeichnet. Sie können sich aber auch derartig mit den eigentlichen Anfällen combiniren, dass die mannigfaltigsten Bilder entstehen, indem sie nicht nur mit jenen abwechseln, sondern auch selbst bei einem und demselben Individuum in den verschiedensten Formen erscheinen. Gleich bleibt aber stets die Störung des Bewusstseins und damit vollständiger oder theilweiser Defect der Erinnerung.

§. 414.

1. Der postepileptische Stupor schliesst sich an einen oder mehrere Anfälle an und verläuft in der Dauer von einer halben Stunde bis zu einigen Tagen. Der Kranke verharrt entweder in regungslosem Mutacismus oder schwatzt leise sinnlos vor sich hin, indem er ein Wort oder eine Phrase unzählige Male wiederholt, reagirt nicht oder durch einen traumhaften Blick auf Fragen, bricht dann aber vielleicht plötzlich mit der stürmischen Erzählung seiner Delirien los; selbst während der furchtbarsten Angstzustände bewahrt das Gesicht den Ausdruck des stummen Lächelns und Staunens. Bald macht der Kranke complicirte automatische Bewegungen, nestelt an den Kleidern, kleidet sich an und aus, reagirt auf sensible Reize mit heftigem Widerstreben und bricht schliesslich, wenn auf der Höhe schreckhafte Delirien auftreten, mit raptusartiger, heftigster Wuth in Gewaltthätigkeiten aus. Andere Male kommt es zu Paraphasie und Parapraxie (der Kranke fasst nach der Nase, wenn er aufgefordert wird, die Zunge zu zeigen, oder hebt das Bein, wenn er die Hand reichen soll). Die Lösung erfolgt entweder allmählich durch einen Dämmerzustand oder plötzlich durch einen erneuten Krampfanfall. Nur nach acutem Anfall besteht vollständiger Erinnerungsdefect, dagegen stellt sich im Stupor oder in einer folgenden scheinbaren Lucidität Erinnerung an einzelne, unwesentliche Vorgänge ein, welche aber nachher wieder vollständig verloren geht.

2. Dämmerzustände von kurzer Dauer. a) Acute Angstzustände (petit-mal intellectuel — Falret). Nachdem als kurzes Incubationsstadium eine unmotivirte traurige Verstimmung vorangegangen ist, bricht plötzlich mit schwerer Reizbarkeit und Verwirrtheit ein halbbewusster, tiefer Angstzustand aus, welcher den Kranken planlos umherirren lässt. Die noch bewussten Zwangsvorstellungen und Impulse führen, weil die Umgebung feindlich appercipirt wird, in brutaler Gewalt und Rücksichtslosigkeit zu zerstörenden Handlungen. Der Lebensüberdruss äussert sich in ekelhaften Selbstmordversuchen. Nach dem ziemlich raschen Erwachen aus dem Traumzustande besteht constanter, aber in der Form wechselnder Erinnerungsdefect. Die Erinnerung ist summarisch und traumhaft. Dieser Zustand, welcher mehrere Stunden bis Tage andauert, kommt mehr bei der vertiginösen Form der Epilepsie vor.

b) Kleine psychisch-epileptische Anfälle (Samt) treten als Aequivalente des petit-mal in Form von vielgestaltigen, in wenigen Minuten vorübergehenden Absencen mit anscheinend zweckmässigen automatischen Handlungen und vollständiger Amnesie auf. Sie tragen

das Bild der Moria und äussern sich in impulsivem Davonlaufen, momentaner Gewaltthätigkeit, läppischem Herumlaufen, muthwilligen Streichen, albernen Spässen, in zwecklosem Einkaufen und Stehlen, in perversen sexuellen Handlungen, wie Entblössung der Genitalien vor Kindern, oder in anscheinend luciden Triebacten wie nach Berauschungen. Diese Zustände werden auch mit consecutivem oder episodischem Stupor beobachtet.

c) Acutes hallucinatorisches Delirium (grand-mal intellectuel — Falret). Als Vorläufer oder als Folgeerscheinung eines oder mehrerer convulsivischer Anfälle tritt eine schwere Form der Bewusstseinsstörung mit furibunden, hallucinatorischen Verfolgungsdelirien auf. Nach kurzem Einleitungsstadium eines allgemeinen Unwohlseins verfällt der Kranke plötzlich in ängstliche, zornwüthige Erregung: mit blindem Ungestüm wehrt er sich in Verzweiflung und Todesangst gegen die ihn umringenden Spukgestalten, mit fast thierischer Gewalt stürzt er auf seine Umgebung, mag sie ein lebendes Wesen oder ein todter Gegenstand sein, er beisst, spuckt, demolirt Alles, was er erreicht, schreit, lärmt und verletzt sich dabei rücksichtslos auf jede Weise. Die Delirien und Hallucinationen sind ängstlicher und schrecklicher Natur und meist religiösen Inhalts. Die Kranken sehen Gott, Engel, Teufel, schwarze gespenstische Gestalten, die bald gross, bald klein werden, sie glauben im Himmel, in der Hölle zu sein, sehen reissende Thiere, Lichtflammen und plötzliches Dunkel, hören Drohungen und Schimpfworte etc.

Die Lösung der Erregungszustände ist für das Delirium eine plötzliche. Nach einigen Stunden oder Tagen verfällt der Kranke in mehrstündigen Schlaf, aus welchem er durch einen kurz dauernden Stupor oder Dämmerzustand des Bewusstseins zu seinem früheren Zustand zurückkehrt. Er fühlt sich matt und klagt über Kopfweh, beginnt die bis dahin verweigerte Nahrung zu nehmen. Das Bewusstsein ist tief gestört aber nicht aufgehoben, bisweilen nur für gewisse Zeitabschnitte des Anfalls, aber der Inhalt der Hallucinationen wird später reproducirt, und in der Erregung selbst werden zweckmässige Handlungen ausgeführt. An zeitlich und örtlich falsch appercipirte Dinge wird in illusorischer Weise bei beginnender Lucidität erinnert, aber nach Ablauf des Paroxysmus fehlt die Erinnerung ebenso für die Gewaltacte wie für die verflossene Zeit. v. Krafft-Ebing (l. c. p. 547) hat eine seltene Varietät dieses schreckhaften Delirs in Form eines hypochondrischen Delirs beobachtet.

d) Religiös-expansives Delirium. Ein Aequivalent des vorigen bildet nach v. Krafft-Ebing (l. c. p. 548) eine nicht sehr tiefe Bewusstseinsstörung mit religiös-expansivem Delirium. Die Kranken halten sich

für Christus, erhalten von Gott hallucinatorische Befehle, ihre Verwandten, damit sie selig werden, zu ermorden, bestehen Prüfungen und Gefahren, aus denen sie von Gott begnadet hervorgehen. Episodisch kann der Zustand sich bis zur Ekstase steigern; auch intercurrente Stuporzustände werden beobachtet. Durch einen solchen Zustand geht das Delir in die Lucidität über. Bei summarischer Erinnerung werden die märchenhaft übertriebenen, ungeheuerlichen Hallucinationen nachher, in der psychisch freieren Zeit, gewöhnlich in einem widerwärtig süsslichen Tone unter Augenverdrehungen, verklärten Gesichtszügen und dabei mit einer ausgesprochenen sexuellen Färbung besprochen, sodass solche Kranke, die man kurz vorher noch in den gemeinsten, unflätigsten Ausdrücken hat schimpfen hören, einen widerwärtigen und Abscheu erregenden Eindruck machen.

B. Dämmerungszustände von längerer Dauer.

§. 415.

Die epileptischen Dämmerungszustände von Wochen bis Monate und Jahre langer Dauer sind gekennzeichnet durch meist acuten Ausbruch und langsame Lösung, durch traumhafte Bewusstseinsstörung mit, je nach der Färbung der Erregung, geringerer oder stärkerer Reizbarkeit und infolge davon bedingten Gewaltthätigkeiten, durch summarische Erinnerung und schliesslichen Uebergang in Blödsinn. Sie treten auf:

1. als raisonnirendes Delirium. Die Kranken erscheinen fast ganz besonnen, doch spiegeln ihnen hallucinatorische Trugwahrnehmungen imaginäre Gefahren vor. Neben gleichzeitigem Grössenwahn besteht eine gewisse Benommenheit und Desorientirtheit; der Kranke ist in gereizter Stimmung und begeht plötzlich Gewaltthaten auf Grund verschiedenartiger Wahnideen, die aber meist nicht näher geäussert werden.

In anderen Fällen, besonders psychischer Epilepsie, ist das Bewusstsein erfüllt durch ein traumartiges, phantastisches Delirium mit Wahnideen, Personenverkennung, Sinnestäuschungen von häufig religiöser Färbung (Weltuntergang, jüngstes Gericht).

In diesem Zustande kann der Patient bei scheinbarer Besonnenheit eine Menge unsinniger oder verbrecherischer Handlungen ohne Einsicht in ihre Bedeutung begehen. Soche Phasen können Wochen und Monate lang dauern, auch in mehreren Intervallen auftreten.

2. als Mania und Furor gravis. Das Bewusstsein ist tiefer gestört, die Gereiztheit hochgradig. Der durch ängstliche, religiöse Delirien verfolgte Kranke verübt blinde Gewaltthätigkeit gegen sich und

Andere. Die Störung kann durch Remissionen von verschiedener Intensität und Dauer unterbrochen sein.

3. als heitere Erregung (Moria) mit vereinzelten Hallucinationen: die Reizbarkeit hat kindische Färbung und vereint sich mit blödsinniger Schwäche.

C. Chronische Psychosen.

§. 416.

Epilepsie führt fast stets zum Blödsinn. Im Durchschnitt tritt er um so früher ein, je öfter die Anfälle kommen. Das Gedächtniss nimmt ab, das Vorstellen wird träge, die Phantasie verliert ihren Farbenreichthum, ihre Innigkeit und Wärme, und das Gemüth vertrocknet. Die Physiognomie und der Habitus verändern sich, der Kranke bekommt dicke Lippen, grobe Züge und einen hässlichen Gesichtsausdruck. Mit dem Seltener- und Schwächerwerden der Anfälle kann auch wieder eine Erhebung der psychischen Fähigkeiten eintreten; aber bei der seltenen, gründlichen Heilung der Epilepsie ist doch ein endlicher Verfall im Blödsinn das traurige Schicksal vieler dieser Kranken.

Auf der neurotischen Grundlage der Epilepsie können auch die gewöhnlichen Formen der Depression und Erregung auftreten, die dann durch die specifischen Symptome der Epilepsie modificirt erscheinen. Auch kommt in der Epilepsie die Form des circulären Irreseins vor.

D. Epileptisch-psychische Aequivalente.

1. Epileptisches Aequivalent (Samt).

§. 417.

Das epileptische Irresein kann, was das Irresein als solches anbetrifft, ein specifisches genannt werden. So gut es Epileptische giebt, welche ihr Leben lang immer nur classische Anfälle von Krämpfen und Bewusstlosigkeit bekommen, ohne zu irgend einer Zeit irgend welche Irreseinszustände zu zeigen, ebenso gut giebt es Epileptische, welche einen Anfall von epileptischem Irresein bekommen, ohne dass sie vorher zu irgend einer Zeit irgend welche epileptischen Krämpfe oder Bewusstseinsstörungen gehabt hatten. Also nur die Form des Irreseins entscheidet einen Fall als epileptisches Irresein, nicht der Nachweis epileptischer Antecendentien.

Die Incubationserscheinungen des Anfalls sind unbestimmt, sie haben einige Aehnlichkeit mit denen einer somatischen acuten Infection. Der Patient wird blass und elend, er fröstelt zeitweise. Dieses Unwohlsein steigert sich, der Kranke denkt an die Invasion einer acuten

Krankheit; allmählich steigen Delirien, Zwangsvorstellungen auf; es zeigt sich grosse Intoleranz gegen Alkohol.

Das ganze Irresein entwickelt sich folgendermaassen: Es bricht ziemlich acut aus; gleichsam als psychische Aura etablirt sich ein Angstzustand mit schreckhaften, ängstlichen Delirien, dann kommt ein Paroxysmus mit äusserst gewaltsamen verbrecherischen Handlungen (Mordversuchen etc.), welche gewissermaassen in den Delirien wurzeln, aber durch die Delirien doch nicht modificirt werden, vielmehr triebartig erfolgen. Rücksichtslose, extreme Gewaltthätigkeit, Stupor mit charakteristischer sprachlicher Reaction in verschiedenen Intensitätsgraden, ferner verschiedene Grade der Verwirrtheit von theilweiser Lucidität bis zu traumähnlicher, eigenartiger Absurdität und Incohärenz, schliesslich bis zu delirium-tremens-artiger, illusorischer, hallucinatorischer Verwirrtheit. Auf der anderen Seite besteht als Gegensatz für diese Zustände Folgendes: Andauernde, tiefere Störung des Bewusstseins, besonders der Apperception, grosse Verwirrtheit des Vorstellens, tiefe Remissionen bis zu Intermissionen des Delirs, wobei sich sehr gewöhnlich Dämmer- und Stuporzustände dazwischen schieben, dazu höchst summarische bis aufgehobene Erinnerung für die Vorgänge des Anfalls, endlich plötzlicher Ausbruch derselben und Störung durch ein Dämmer- oder Stuporstadium. Noch etwas sehr Charakteristisches bietet der ganze Zustand. Es kommt ein postparoxysmelles Angststadium vor, welches in ganz derselben Form einem gewöhnlichen epileptischen Krampf-Anfalle hätte folgen können: unbestimmte fürchterliche Angst vor Mord, Hallucinationen, darunter das bei Epileptischen so häufige, concentrische Heranrücken umringender Volkshaufen, starke psychische Gereiztheit; zwischendurch kommt Grössendelirium, namentlich religiöses zur Beobachtung. Alles das spielt sich bei relativ erhaltener Lucidität ab, auf welche schwere Benommenheit folgt; Angst und Gereiztheit blassen allmählich ab, und zum Schluss zeigt sich ein Erinnerungsdefect, der unmittelbar nach dem Paroxysmus nicht vorhanden war.

Die epileptische Psychose bildet eine eigene, specifische Art transitorischen Irreseins. Es ist ein „psychisches Aequivalent des epileptischen Anfalls;“ die Art der Ausführung der Handlungen ist nur ein Symptom aber auch ein sehr wichtiges. Besondere Erwähnung verdient das Verhalten der Erinnerung: unmittelbar nach dem Paroxysmus ist die Erinnerung für die Einzelheiten derselben vorhanden, hinterher fehlt die Erinnerung für die That und auch diejenige für Erzählung der That bald nach dem Paroxysmus. Der letztere Umstand zeigt die Thatsache des partiellen Erinnerungsdefectes. Dieses Verhalten der Erinnerung ist forensisch von grösster Wichtigkeit; denn, wer diese Zustände nicht kennt, wird geneigt sein, solche Aussagen eines Kranken

einfach als lügenhafte zu deuten. Wird z. B. ein solcher Kranker unmittelbar nach einer verbrecherischen That verhaftet, so kann es sich ereignen, dass er die Details der That genau zu Protokoll giebt, dass er aber am anderen Morgen, wenn der Anfall vorüber ist, keine Erinnerung der That mehr hat und vor dem Untersuchungsrichter letztere rundweg bestreitet; giebt er gar noch die Erinnerung für einzelne Aussagen zu, die er gleichzeitig mit den Aussagen über die That gemacht hat, was liegt dann näher, als ihn für einen Lügner zu halten? Es werden nämlich von Epileptischen, wie auch von anderen Geisteskranken während des Irreseins, zur Motivirung einzelner Delirien oder Handlungen oft förmliche Märchen erdichtet, welche manchmal mit grosser Glaubwürdigkeit vorgetragen werden. Manche sagen aus, sie hätten schon längst Mordgedanken gehabt. Diese Aussagen sind aber delirirt. — Das Auftreten des specifisch charakteristischen, postparoxysmellen Angststadiums wird die richtige Diagnose abgeben und jeden Gedanken an Simulation oder Dissimulation ausschliessen. Das psychisch-epileptische Aequivalent bildet eine specielle Form des psychisch-epileptischen Anfalls.

2. Hystero-epileptisches Aequivalent.

§. 418.

Gleich wie die grosse Mehrzahl der Krampfanfälle der Frauen sich von denen der Männer in vielen Punkten unterscheidet, so dass sie als hystero-epileptische mit Recht abgesondert werden, ebenso muss das hystero-epileptische Irresein der Frauen dem epileptischen Irresein der Männer gegenüber gestellt werden. Es giebt ein hystero-epileptisches Aequivalent der Frauen wie es ein psychisch-epileptisches Aequivalent der Männer giebt. Das hystero-epileptische Aequivalent zeigt ebenfalls die für Epileptische charakteristischen Erinnerungsdefecte und setzt sich meist aus den drei Stadien der Incubation, dem Paroxysmus und dem postparoxysmellen Zustande zusammen; aber die einzelnen Stadien differiren doch beträchtlich von den entsprechenden Stadien des Aequivalentes der Männer. Vor allem ist das hystero-epileptische Aequivalent ausgezeichnet durch die Häufigkeit seiner Recidive, durch die Frequenz der Anfälle bei entweder reinen oder, was besonders nach längerer Dauer häufiger der Fall ist, mehr oder weniger unreinen Intervallen. Anderweitige hystero-epileptische Antecedentien, speciell Krampfanfälle, hat es selten. Es brauchen nicht immer ausgesprochene Anfälle zu sein, es kann eine natürliche, nur logisch gesteigerte Erregung direct in einen Zustand sogenannter Bewusstlosigkeit mit consecutiven Erinnerungsdefecten übergehen. Die Träger des hystero-epileptischen Aequivalents

scheinen im Allgemeinen nur wenige ganz vereinzelte Krampfanfälle gehabt zu haben oder, was häufiger ist, es betrifft solche Epileptische, welche niemals einen epileptischen Krampfanfall gehabt haben.

3. Transitorische Verwirrtheit (Meynert).

§. 419.

Einen dem epileptischen Aequivalent ähnlichen Zustand beschreibt Meynert (l. c. p. 807) und nennt ihn transitorische oder vorübergehende Verwirrtheit. Diese zerfällt in 2 Formen. Die erste ist die gewöhnliche transitorische Manie und hat mit dem vorliegenden Bilde nichts gemein; dagegen ist die zweite eine Form von Zuständen, in welchen der Kranke zwar in voller Bewusstlosigkeit der äusserlichen Umstände sich bewegt, aber innerhalb einer rein wahnhaften Lage ein geordnetes Benehmen zeigt, seinen Weg nach einem nur traumhaft gewählten Ziele richtig verfolgt, mit Begegnenden unauffällig spricht, sofern nicht sein Irrthum mit der ganzen Situation zur Sprache kommt, Tage lang sich auch beköstigt, Geld richtig ausgiebt etc. Gleich wie bei der angstvollen, meist hallucinatorischen Form kann jede Erinnerung an den Verlauf des krankhaften Zustandes ganz fehlen, oder es können einzelne Begebenheiten aus demselben im Gedächtniss bleiben, ja es kann nach einiger, auch nach längerer Zeit, immer mehr davon in die Erinnerung zurückkehren. Diese ruhigen Formen kann man Halbtraumzustände nennen. Die Epileptiker stellen zur Veranlagung dazu eine namhafte Anzahl. Die Verdrängung des dem Menschen bisher geläufigen Anschauungskreises durch einen anderen, in welchem die Erinnerung nur für die neuen Erlebnisse, nicht für die früheren wirksam ist, bietet vollkommen die Erscheinung des doppelten Bewusstseins. So kann bei jungen Soldaten, am meisten, wenn in früherer Zeit epileptische Anfälle vorhanden waren, oder ein Trauma auf den Kopf einwirkte, das Heimweh den Impuls zur Desertion geben, indem sie ohne Vorsatz, von Halbtraum-Zuständen befangen, der Heimath zugehen und zu ihrem Schreck fern von ihrem Garnisonsorte erwachen. In diesen Zuständen kann das Bewusstsein derartig gestört sein, dass der Betreffende sich in einem Ideenkreise bewegt, der wie losgelöst erscheint von seinem normalen; auf Grund der damit verknüpften Gefühle und Willenserregungen begeht er Handlungen, welche dem gewöhnlichen Inhalte seines Denkens vollkommen fremdartig sind, ohne dass dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grade folgerichtigen Handlungen aufgehoben ist (Westphal cit.).

Legrand du Saulle (Etude med. lég. p. 110) theilt als ein „fait sans précédent dans la science“, den Fall eines Geschäftsmannes mit,

welcher schon früher durch bewusst- und zweckloses Reisen aufgefallen war und eines Tages statt in Paris zu seinem Entsetzen auf einem Schiff auf der Rhede von Bombay sich wiederfand. Den Mechanismus dieser Halbtraumzustände darf man nach der Analogie des Traumes auffassen, in welchem die den Tag über aufgenommenen Rindenbilder ruhen und durch überraschende, entfernter Zeit angehörende ersetzt werden (Meynert l. c. p. 81).

Ausser mit Epilepsie findet sich der Halbtraum noch mit functionellen Neurosen zusammen, so mit der traumatischen Neurose. Oft gehören die amnestischen Zustände zu den störendsten und gefährlichsten Erscheinungen, können sich zu chronischen Psychosen anderer Formen gesellen und selbst, durch Häufung chronisch werdend, den transitorischen Charakter verlieren (ibid. p. 84).

4. Trauma, Epilepsie und Geistesstörung.[1])

§. 420.

Es sind manche Fälle wiederholt auftretender, rasch vorübergehender Geistesstörungen beschrieben, die sämmtlich den Charakter der epileptisch-psychischen Aequivalente haben (brüsker Eintritt, Aura, kurze Dauer, plötzliche Lösung unter Schlaf, Stupor etc., tiefe Bewusstseinsstörung, getrübte oder fehlende Erinnerung etc.) und alle diese hatten ein Schädeltrauma als ätiologische Ursache. Es ist hierbei zu prüfen, ob die Charakteranomalieen nicht schon vor Einwirkung des Trauma bestanden.

Die Anfälle der psychischen Epilepsie nach Traumen sind folgendermaassen charakterisirt: Zwischen Einwirkung des Traumas und dem Ausbruch des ersten Anfalls liegt ein Wochen bis Jahre dauernder Zwischenraum; von der Läsionsstelle gehen oft continuirliche oder anfallsweise auftretende sensible Reizerscheinungen aus; an der Läsionsstelle selbst besteht Druckschmerz; man kann nicht selten durch Druck auf diesen Locus minoris resistentiae psychische Anfälle auslösen. Derartige Anfälle treten auch von anderen Verletzungsstellen aus, als von den am Schädel localisirten auf.

Die relative Häufigkeit der psychischen Epilepsie ist bei den traumatischen Fällen dreimal so gross als bei den nicht-traumatischen. Jugendliche Individuen werden vorwiegend von psychischen Anfällen befallen, während die traumatischen Psychosen von chronischem Verlauf mi Lähmungen, zunehmender Verblödung, anatomischer Veränderung vorwiegend bei Individuen vorkommen, die zur Zeit des Traumas sich in den für die classische Paralyse kritischen Altersclassen befinden.

[1]) Cf. Wagner, Ju` , Wiener Jahrb. f. Psych. VIII. H. 1, p. 75.

Auffallend ist die Häufigkeit der Reflexepilepsie nach Schädeltraumen, offenbar begünstigt durch die gleichzeitige Hirnerschütterung. Eine grosse Rolle spielt das Trauma auch bei der Alkoholepilepsie; traumatische Einwirkungen auf den Schädel pflegen den als Folge der Alkoholintoxikation auftretenden, psychischen Störungen ein eigenes Gepräge durch epileptische Anfälle, epileptische Zustände etc. zu verleihen.

VII. Diagnose der Epilepsie.

§. 421.

Die Diagnose wird gestellt aus:

1. der periodischen Wiederkehr gleicher Symptome oder Symptomencomplexe, die in cerebralen Störungserscheinungen bestehen. Die Zeitabschnitte, in welchen dieselben wiederkehren, schwanken von Stunden bis zu einem und mehreren Jahren.

2. der eigenthümlichen Verlaufsweise. Es besteht entweder gar kein Prodromal-Stadium oder nur ein kurzes; rascher Aufstieg, verschieden lange Dauer der Akme (Stunden bis Monate), unvermittelter Uebergang in vollkommene Restitution.

3. der völligen Amnesie der Kranken über diese Zustände, ausgenommen die amnestischen Verhältnisse beim epileptischen Aequivalent. Selten besteht eine dunkle, summarische Erinnerung. Die Amnesie, das objective Merkmal schwerer Bewusstseinsstörung ist das pathognomonische Symptom epileptischer Zustände; an ihr erkennt man die Epilepsie, wenn die anderen Erscheinungen wenig ausgeprägt sind oder fehlen. Dem Zustande der completten Bewusstlosigkeit geht voraus und folgt nach der Dämmerzustand des Bewusstseins. Von diesem hat der Epileptiker eine mehr oder weniger getrübte und verwirrte Erinnerung. Dieses prä- und post-epileptische Stadium gehört mit zu dem Anfall und macht eben zusammen mit dem zwischen ihnen liegenden Stadium der Bewusstlosigkeit den Anfall aus. Als abortiven Anfall bezeichnet man einen Paroxysmus, der mit dem präepileptischen Stadium abschliesst, bei dem die Aura nicht überschritten wird. Hierbei kommt es nur zu einer mehr oder weniger intensiven Bewusstseinstrübung, nicht zur completten Bewusstlosigkeit.

In der Zwischenzeit zwischen den Anfällen findet man theils in pathologisch gesteigertem, theils in wechselndem Zahlenverhältniss eine Reihe von Veränderungen: Entzündung, Stauung oder atrophische Vorgänge im Sehnerv, wie sie auch bei anderen Hirn- und Nervenkrankheiten vorkommen. Ein sehr häufiger Befund ist eine mehr oder weniger hochgradige venöse Hyperämie der Netzhaut und der Sehnerven (Knies). Diese ist um so auffälliger, je früher sie nach dem Anfall untersucht

wird, und je häufiger und heftiger die einzelnen Anfälle sind. Sie hält Stunden bis Tage lang an. Der Befund ist ein so sicherer, dass er in zweifelhaften Fällen zur Diagnose bei Simulation verwendet werden kann. Augenspiegelungen während des Anfalls ergeben folgendes Resultat: Die Papille ist auffallend blass, und die Gefässe sind enge. Manchmal findet man gar nichts Pathologisches. Knies hat auch 10 bis 20 Secunden vor dem Anfall plötzlich eine auffällige Verengerung der Netzhautarterien beobachtet, die während des Anfalls anhielt und mit Beendigung desselben zurückging, worauf sehr anhaltende Erweiterung der Venen eintrat. Im Allgemeinen deutet plötzliche, erhebliche Verkleinerung des Augenspiegelbildes klonische Krämpfe des Ciliar-Muskels an; es treten alsdann an den Gefässen der Netzhaut dieselben Erscheinungen ein, wie wir sie uns an den Gefässen der Hirnrinde vorstellen müssen: Arterienkrampf, der durch locale Ernährungsstörungen und Kohlensäurevergiftung den Anfall auslöst, Aufhören des letzteren mit dem Nachlass des Gefässkrampfes und langsame Rückkehr zum normalen Zustand. Es geht daraus hervor, dass Krampf der Netzhautarterien, wenn auch nicht constant, Theilerscheinung des epileptischen Anfalls ist. Die secundäre, venöse Hyperämie kann in leichten Fällen allmählich verschwinden, in schweren Fällen bleibt sie und mag dann in der Hirnrinde wohl die Grundlage der eigenthümlichen Charaktereigenschaften der Epileptiker, der erhöhten Reizbarkeit u. s. w. sein.

VIII. Vorkommen und Verlauf der Epilepsie.

§. 422.

Das Vorkommen der Epilepsie ist an Alter und Geschlecht kaum gebunden. In der Pubertät stellen sich bisweilen bei Individuen, die in ihrer Kindheit Krampfanfälle gehabt hatten, solche plötzlich unter dem Bilde der Epilepsie ein.

Der Verlauf ist ein verschiedener: transitorisch, periodisch oder chronisch, bis zu Jahrzehnte langer Dauer. In demselben treten Veränderungen des Wesens des Kranken auf, die man als den specifisch epileptischen Charakter (cf. §. 412) aufgefasst hat. In manchen Fällen ruft die Störung des Gleichgewichts oder der Ernährung, dessen Ausdruck der epileptische Anfall ist, unmittelbar Geistesstörung hervor. So führt Epilepsie schliesslich fast immer zu Schwachsinn, und zwar hängt dessen Eintreten mehr von der Häufigkeit als von der Schwere der Anfälle ab. Epilepsie und Irresein ist in einer Familie oft vicariirend. Der Einfluss der Anfälle hängt von dem Alter ab, in dem sie zuerst auftreten. Zuweilen treten melancholische und hypochondrische Verstimmungen gleichzeitig mit der Entwicklung der Epilepsie auf. Ein anderes Mal bildet

sich primäre Verrücktheit meist mit Sinnestäuschungen aus, die nach Jahren in Blödsinn übergeht. Auch periodisches Irresein wird unabhängig von den Anfällen bei Epilepsie beobachtet. Der häufigste Ausgang der Epilepsie ist der in zunehmenden Verfall der Geisteskräfte, selbst in den Fällen von petit-mal bei vermehrtem Auftreten der Paroxysmen. Der Exitus erfolgt durch eine intercurrente, somatische Krankheit oder im Status epilepticus.

IX. Prognose der Epilepsie.

§. 423.

Dieselbe ist äusserst ungünstig, die der einzelnen Anfälle dagegen eine günstige, die Gesammtprognose der Epilepsie mit Geistesstörung eine schlechte. Wo einmal epileptische Degeneration eingetreten ist, da bestehen irreparable Texturveränderungen des Gehirns: partielle Encephalitis, vor allen Dingen vasomotorische Störungen, Atrophie der Hemisphären-Windungen der Hirnrinde etc. Auch die organischen Formen der Epilepsie mit Porencephalie, bei denen Stigmata vorhanden sind, sind unheilbar.

Man darf nicht übersehen, dass Epilepsie viele Jahre hindurch bestehen kann, ohne dass die nächsten Angehörigen des Kranken auch nur die geringste Ahnung davon hätten. Ferner darf nicht vergessen werden, dass Epileptiker im späteren Alter zuweilen Dementia paralytica bekommen, die als Fortsetzung der Epilepsie anzusehen ist. Die schlimmste Prognose hat die angeborene Form; weniger traurig ist die Prognose bei der juvenilen Form und bei der Hystero-Epilepsie; so kann man im jugendlichen Alter Stigmata finden, die später verschwinden.

X. Therapie.

§. 424.

In den meisten Fällen ruft Monate bis Jahre langer Gebrauch von Bromkalium ein Seltener-Werden der Anfälle hervor, und zwar durch Herabsetzung der krankhaften Reflex-Erregbarkeit des Gehirns und auch des die Anfälle einleitenden Gefässkrampfes (Brom-Salze in der Form des Erlenmeyer'schen Bromwassers). Die geringste Dosis der Bromsalze ist bei Männern 6 g, bei Weibern 4 g; am besten eignen sich wiederholte Tagesdosen von 2—3 g. Die Gabe ist möglichst verdünnt zu geben; man steige von der Anfangsdosis unter Beobachtung der Wirkung auf Anfälle und Organismus bis zu c. 12 g pro die. Die Bromtherapie darf bei Epileptikern nicht plötzlich abgebrochen werden,

da sonst gehäuftes, intensives Auftreten der Anfälle, ja selbst der Eintritt eines lebensgefährlichen Status epilepticus zu gewärtigen ist. In einzelnen Fällen hindern Akne und Verdauungsbeschwerden den weiteren Gebrauch, in anderen Fällen ist Brom ohne Erfolg. Treten Beschwerden ein, so muss man das Bromkali aussetzen; dies hat den Nachtheil, dass bei längerem Aussetzen wieder Anfälle auftreten. Bromkalium hilft nicht, wenn Bromnatrium nicht hilft. Ueber die Anwendung des Nickelbromürs äussert sich Bourneville folgendermaassen: Es wurde in 18 Fällen — 7 mit idiopathischer, 11 mit symptomatischer Epilepsie — versucht. In einem Falle war eine fortschreitende Abnahme der Zahl der Anfälle bis zu ihrem völligen Verschwinden, die bis jetzt 3 Jahre angehalten hat, zu constatiren. In einem Falle war ebenfalls eine Besserung vorhanden, aber unter der gleichzeitigen Einwirkung von Douchen und Purgantieen; in einem Falle blieben die Anfälle gleich, während bei sämmtlichen übrigen (15) eine bedeutende Zunahme der Anfälle auftrat; daneben stellte sich häufige Nausea ein, zuweilen Erbrechen und bei zwei Kranken gastrische Störungen. Gegeben wurde das Medicament als Syrup oder in Pillen.

Rp.	Nickel-Bromür	10,0,	oder	Rp. Nickel-Bromür	0,60,
	Glycerin	15,0,		Pul. rad. Altheae	0,40,
	Sacch.	250,0,		Extr. Gentian.	0,40,
	Acqu.	120,0,		ut f. pil. No. 12.	

Die Bromtherapie schadet insofern viel, als Leute, die Brom nehmen, geistig schwerer arbeiten, und die geistige Entwicklung für die Porencephalie von grösster Wichtigkeit ist. Absolut contraindicirt ist Brom dann, wenn die Anfälle selten sind. Hilft Brom nach einigen Wochen nicht, so giebt man andere Mittel. Atropin in Pillen (0,05 Atropin auf 50 Pillen, täglich eine Pille) hatte in einigen Fällen Erfolg, in anderen nicht, doch niemals üble Wirkung, selbst nach Monate langem Gebrauch; Schwefelsaures Zink hat keinen Erfolg. Amylnitrit soll, in der Aura gegeben, den Anfall verhindern. Dies wird von anderer Seite bestritten, sogar als ein den Anfall auslösendes Moment angesehen. Osmiumsäure ist nicht zu empfehlen, Antipyrin und Antifebrin sind noch nicht genug geprüft. Wirkungslos ist eine hydrotherapeutische und elektrische Behandlung. Im Status hat eine Morphium-Injection oder Klysma mit 3—4 g Chloralhydrat meist sofort Erfolg.

Amylenhydrat ist nach Wildermuth indicirt: 1) bei gehäuften Anfällen, 2) bei starkem Bromismus, welcher ein zeitweises Aussetzen des Mittels für angezeigt erscheinen lässt, 3) bei Epilepsia nocturna, etwa abwechselnd mit Brom, in frischen Fällen mit Atropin zusammen. Die Wirkung scheint bei der reinen Epilepsia nocturna eine bessere zu sein, als bei den Formen der Fallsucht, in welchen die Anfälle bei Tag

und Nacht in weniger regelmässiger Weise vorkommen. Zwischen der Epilepsie mit halbseitiger Parese mit oder ohne Contractur, jener häufigen Folge der Polioencephalitis infantum, und den typischen Formen der Fallsucht ist von Wildermuth hinsichtlich der Wirkung des Amylenhydrats ein Unterschied nicht wahrgenommen worden.

Bei traumatischen Epilepsieen hat öfter eine operative Behandlung Erfolg gehabt.

Beispiel 1. Excision einer peripherischen Narbe am Schädel, Extraction von Knochensplittern. Es lag ein Trauma als Ursache des Leidens vor, ausserdem war eine Narbe mit Depression am Schädel vorhanden. Die seit 18 Jahren regelmässig auftretenden und durch innere Behandlung nicht beseitigten Anfälle sind nach der Trepanation weggeblieben (Féré).

Beispiel 2. Eine Beobachtung von Algérie betrifft einen 23jährigen Verbrecher, welcher fünf Jahre früher eine complicirte Fractur an der linken Stirnhälfte erlitten hatte, wovon eine tiefe, druckschmerzhafte Narbe zurückgeblieben war. Kopfschmerzen, Schwindel und Krampfanfälle, sowie erhebliche Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, grosse Reizbarkeit u. s. w. waren allmählich eingetreten. Der Trepanation, bei welcher ein grösserer Splitter entfernt wurde, folgte ein Nachlass aller Krankheitserscheinungen; die Kopfschmerzen, Schwindel- und Krampfanfälle waren sogar ganz beseitigt.

Beispiel 3. Navratil trepanirte einen Kranken, bei dem (nach Aphasie und anfänglicher Hemiplegie) durch Bruch des linken Scheitelbeines rechtsseitige Parese und epileptische Anfälle zurückgeblieben waren, etwa drei Monate nach der Verletzung. In diesem Falle wurden bei erneuter Verschlechterung zwei Nachoperationen erforderlich. Nach der etwa ein Jahr später vorgenommenen zweiten, bei welcher weisslichgelbliche Verhärtungen aus der Gegend der vorderen Centralwindung entfernt wurden, ist für etwa drei Monate keine Störung mehr beobachtet worden.

Lucas Championnière sah bei gewöhnlicher Epilepsie nur Besserung, keine Heilung von operativen Eingriffen; er legt auf eine möglichst frühzeitige Operation Gewicht, da nach Eintritt secundärer Veränderungen in der Hirnrinde auf Heilung nicht mehr zu hoffen sei.

In der Anstalt ist auf Ruhe, Bewegung in freier Luft, lang ausgedehnte, lauwarme Bäder mit kalten Uebergiessungen, nasse Einwicklungen, Hypnotica und milde Behandlung zu sehen. Dringend zu vermeiden ist angestrengte geistige Thätigkeit. Zu meiden sind Kaffee, Thee, Alkohol, Tabak; eine vorwiegend vegetabilische Nahrung erweist sich oft recht nützlich. Da der epileptische Anfall nicht blitzartig auftritt, sondern Prodromalerscheinungen vorausschickt, vasomotorische (Farbenwechsel) und psychische (Veränderung des Charakters), so kann man bei Häufung dieser Prodrome therapeutisch eingreifen. Am wichtigsten ist dies bei der Psycho-Epilepsie: die Leute, die ihren Zustand kennen, sind, durch diese Prodromi avisirt, im Stande, sich isoliren und beobachten zu lassen.

Dritter Theil.

Irreseinszustände, welche durch Einführung a) chemischer, b) organischer Gifte hervorgerufen werden.

ERSTER ABSCHNITT.

Intoxikationspsychosen.

ERSTES CAPITEL.

Vesania ex Morphinismo.

Die Morphiumsucht.

Litteratur.

v. Ziemssen: Der Arzt und die Aufgaben des ärztlichen Staudes. — v. Krafft-Ebiug: Der Morphinismus, Psychiatrie p. 624—630. — Erlenmeyer: Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. 3. Aufl. Neu-Wied 1887. — Burkhardt: Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch Entziehung des Morphiums. Bonn 1880. — idem: Weitere Mittheiluugen über chrouische Morphiumvergiftung. Bonu 1881. — E. Levinstein: Die Morphiumsucht. 3. Aufl. Berlin 1883. — Thomsen: Zur Casuistik der combinirten Morphium- und Cocaïn-Psychosen. Charité-Annalen. 12. Jahrg. — W. Th. Levinstein: Frühzeitige Atrophie des gesammten Genital-Apparates in einem Falle von Morphiummissbrauch. Centralbl. für Gynäkologie 1887. — Barber: Morphinismus. Quarterly Journal of inebriety 1889. 11. — Chouppe: Morphinismus uud seine Beziehungen zum Cocaïnismus. — Alt: Untersuchungen über die Ausscheidung des subcutan injicirten Morphiums durch den Magen. — Kraepelin: Psychiatrie 433—442. — Savage-Knecht: Geisteskrankheiten p. 516 u. 517. — Salgó: Compend. p. 143—144. — Schüle: Klin. Psychiatrie p. 43. — Lähr: Ueber Missbrauch mit Morphium-Injectionen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1872. Heft 3. — Fiedler: Ueber den Missbrauch der Morphium-Injectionen. Zeitschr. f. pr. Medicin. 1874. Nr. 27 und 28; und Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Dresden 1876. p. 185. — Conf. Böhm, Intoxication durch Alkohol. (Ziemssen, Pathologie und Therapie. Bd. XV, p. 112.) — Naunyn, Vergiftung durch schwere Metalle und ihre Salze. Ibid. p. 278.

I. Begriff der Morphiumsucht.

§. 425.

„Jedes Individuum, schwach oder kräftig organisirt, neigt zur Morphiumsucht, wenn es durch irgend eine Krankheitsursache sich an Morphium-Injectionen gewöhnt hat und dieselben ihm frei zur Verfügung standen. Daher fällt die Sucht, sich Morphium zu injiciren, nur in die Kategorie der anderen menschlichen Leidenschaften, wie übermässiges Rauchen, Spielsucht, Gewinnsucht, Neigung zu Geschlechts-

excessen etc. Dass widerstandslose, nervöse und kranke Individuen eine gewisse Geneigtheit für Morphium-Injectionen zeigen, sobald sie einmal die Wirkung derselben kennen gelernt haben, liegt in der Natur ihrer Constitution, spricht aber nicht für eine besondere Prädisposition" (E. Levinstein l. c. p. 10).

Der Ansicht E. Levinstein's, dass die Morphiumsucht keine Psychose ist, sondern nur eine Neurose, möchte ich nicht beitreten. Der Morphinismus setzt zwar nicht die materielle Veränderung im Centralnervensystem wie der Alkoholismus, Saturnismus, Arsenismus, aber die ganze Gemüths- und intellectuelle Sphäre wird erheblich, ja ziemlich häufig dauernd gestört. Es ist ja richtig, dass sich der Morphinismus von den wirklichen Seelenstörungen dadurch unterscheidet, dass letztere bei einmal ausgebrochener Erkrankung sich nicht in ihrem regelmässigen Laufe und ihrer gewöhnlichen Entwicklung aufhalten oder modificiren lassen, trotz Wegräumung aller Schädlichkeiten und aller die psychische Krankheit veranlassenden Ursachen. Eine Mutter, die durch die Nachricht, dass ihre Söhne im Kriege gefallen, tief dysthymisch geworden ist und in's Irrenhaus überführt werden muss, wird nicht durch die Mittheilung gesund, dass die Todesnachricht eine falsche war. Ein Kaufmann, der durch das plötzliche Fallen seiner Papiere schwermüthig geworden, geht der Genesung nicht schneller entgegen, wenn man ihn durch das Vorlegen des Courszettels vom Steigen derselben zu überzeugen sucht.

Dass ich trotzdem den Morphinismus hier unter die Intoxikationspsychosen gestellt habe, geschah nicht nur der einfachen Classification wegen, sondern auch weil bei einem Theil der der Morphiumsucht ergebenen Individuen bei chronischem, Jahre lang fortgesetztem Missbrauch entschieden Defecte der Moral und des Intellects beobachtet werden und weil bei allen Morphiumsüchtigen während der Abstinenz (s. §. 429, 1) typische psychische Störungen auftreten.

II. Pathogenese.

§. 426.

Den ersten Anlass zu der Entstehung der Morphiumsucht giebt in der Regel ein schmerzhaftes Leiden, Neuralgie, Schlaflosigkeit, psychische Depression. Eine Injection beseitigt alle quälenden, körperlichen und psychischen Reizmomente, es stellt sich eine allgemeine Beruhigung ein, dann eine Art von Halbträumen und schliesslich wirklicher Schlaf. Die günstige, euphorische Wirkung hat das Morphium aber nur auf psychopathische Individuen, während es sonst nur subjectiv unangenehme

Folgen nach sich zieht, welche gewöhnlich mit dem Worte „Katzenjammer“ bezeichnet werden. Als körperliche Erscheinungen sind metallischer oder bitterer Geschmack, Kollern im Leibe, Myosis und Erbrechen häufig. Als Nachwehen werden Eingenommenheit des Kopfes, Schwindelgefühl, Migräne, profuse Schweisse, grosse Hinfälligkeit und Harnverhaltung beobachtet. Beim chronischen Gebrauch des Morphiums treten die unangenehmen Nebenerscheinungen der Vergiftung mehr und mehr hervor, werden aber durch neue Gaben des Mittels rasch beseitigt. Nach und nach wird eine Steigerung der Dosis nöthig, bis zuletzt auch die grössten Mengen den Erfolg versagen.

Niemals darf der Arzt das Morphium oder die Morphiumspritze dem Kranken persönlich überlassen; denn bei einer Constitution, welche die Morphiumzufuhr angenehm empfindet, ist die Angewöhnung eine leichte Sache.

III. Physio-pathologische Untersuchungen.

A. Nachweis von Morphium nach Einführung desselben in den Körper.

§. 427.

Die bisherigen Untersuchungsmethoden (u. a. die Dragendorff'sche Untersuchung) und die Angabe Marmé's, dass das Morphium sich im Körper in Oxydimorphin umwandele, haben sich als nicht ausreichend und stichhaltig gezeigt. Man glaubte früher, dass sich das Morphium durch Urin, Koth, Schweiss etc. ausscheide, und stellte zum Nachweis des Alkaloids diesbezügliche Versuche mit Amylalkohol an. Doch ergaben spätere Gegenproben, dass das, was man für Morphium hielt, gar keins war. Hitzig hat nun beobachtet, dass ein Hund, der das Erbrochene eines wenige Minuten vorher durch subcutane Morphiuminjection narkotisirten anderen Hundes auffrass, kurze Zeit nachher ebenfalls erbrach. Er schloss daraus, dass in den von dem ersten Hunde erbrochenen Massen ein nicht unerheblicher Theil des injicirten Morphiums wieder entleert sei, trotz der Kürze der zwischen Einspritzung und Erbrechen liegenden Zeit. Schon vorher hatte Kaufmann im Magen wie in anderen bluthaltigen Organen eines durch Morphiuminjection getödteten Thieres Spuren des Alkaloids nachgewiesen, auch Marmé hatte 1883 die Ausscheidung von Morphium in Magen und Darm erwähnt. Leinweber (1883) führt zwei Experimente an, durch welche der Magen eines Hundes 10–15 Minuten nach vorausgegangener Morphium-Injection ausgespült und in dem Spülwasser Morphium nachgewiesen wurde.

Konrad Alt stellte fest, dass nach subcutaner Injection kleiner Dosen Morphium das Alkaloid in den Speisersten nachgewiesen werden konnte. Wegen der Wichtigkeit der Frage führe ich die Alt'schen Versuche in Kürze an. Nachdem zwei Hunden von 5¼ resp. 6 Kilo Gewicht je 0,06 Morphium muriat. injicirt war, trat nach 4 Minuten bei beiden Erbrechen auf. Im Rückstand des nach dem Stas-Otto'schen Isolirungsverfahren behandelten Erbrochenen wurde mit frisch bereitetem Fröhde'schem Reagens (1 ccm Schwefelsäure, 5–10 mg molybdäusaures Natron) die Anwesenheit eines die Morphiumreaction gebenden Stoffes nachgewiesen.

(Brechreiz und Erbrechen sind auch bei vielen Menschen unangenehme Complicationen einer subcutanen Morphiuminjection. Hunde dagegen erbrechen fast ausnahmslos.) Was das Zustandekommen des Erbrechens betrifft, so ist dasselbe nach der einen Ansicht als Reflexact aufzufassen, nach der anderen (Magendie) handelt es sich um eine directe, centrale Reizung.

Zur Bestimmung der Zeit, nach welcher Morphium zuerst im Magen nachweisbar ist, wird der Magen der Thiere, die vor jedem Versuche 12 Stunden gehungert haben, mit einer 0,4procentigen Salzsäurelösung kurz vor der Injection ausgespült. Unmittelbar nach der subcutanen Injection des Morphiums werden 50 ccm Spülwasser in den Magen eingegossen und alsbald wieder aspirirt. Die einzelnen aspirirten Flüssigkeitsmengen werden zeitlich geordnet, in Gefässen gesammelt und einzeln untersucht nach der sogenannten Jodsäure-Chloroformmethode. Morphin macht aus der Jodsäure in wässriger Lösung Jod frei, das mit Chloroform ausgeschüttelt Rosafärbung giebt. Man erhält nach dieser Methode bereits nach 2¼ Minuten schwache, aber deutliche Jodreaction, nach 5 Minuten sehr deutliche Reaction, nach 30 Minuten wird dieselbe schwächer und hört nach 50—60 Minuten vollständig auf. Spülte man nach vorbereitender Reinigung des Magens, unmittelbar nach der Injection gleich grosser (0,06) Morphiummengen den Thieren mehrmals rasch hinter einander den Magen aus, so zeigte sich keine Spur von Brechreiz. Diese Thatsache legte die Vermuthung nahe, dass das erste Erbrechen nach subcutaner Morphiumdarreichung bei dem Hunde nicht als directe Reizung des Brechcentrums, sondern vielmehr als reflectorische, von den Endigungen der Magennerven her ausgelöste anzusprechen ist.

Um festzustellen, ob auch die übrigen Vergiftungssymptome zu beseitigen oder doch zu mildern wären, beobachtete Alt die Vergiftungserscheinungen nach verschieden starken Morphiumdosen und suchte die letale (einmalige) Dosis für den Fall zu bestimmen, dass die Thiere sich selbst überlassen blieben. Hunde z. B. vertragen bedeutend höhere Dosen als der Mensch, ohne dass sie schwere Vergiftungserscheinungen darbieten. Nach Gaben von 5—7 cg pro Kilo Hund treten leichtere Vergiftungserscheinungen auf: Erbrechen, Aengstlichkeit, Starre der vorderen, Parese der hinteren Extremitäten, taumelnder Gang, gesteigerte Reflexerregbarkeit, sodann Sopor oder ängstliche motorische Unruhe. Die Pupillen sind sehr verschieden bei den einzelnen Thieren, ihre Reaction oft träge; nach 4—5 Stunden treten Convulsionen auf, nach 30—40 Stunden sind die Thiere wieder ziemlich normal. Bei Gaben von 10—12 cg pro Kilo Hund treten rasch hochgradige Vergiftungserscheinungen mehr depressiven Charakters auf: Mattigkeit, Schläfrigkeit, Schwäche der Extremitäten, vorübergehende Taubheit und Blindheit, Schlaf selbst Sopor; in anderen Fällen beginnt die Scene mit Erregung und motorischer Unruhe. In beiden Fällen treten nach einigen Stunden Convulsionen in den Extremitäten, auch Krampfzustände unter dem Bilde eines epileptischen Anfalls auf. Herzaction und Athmung sind unregelmässig, letztere zeigt das Cheyne-Stokes'sche Phänomen, dabei bestehen intensive Brechbewegungen. Diese Dosis von 10—12 cg ist als die eben noch mit dem Leben verträgliche Grenzdosis anzusehen. Bereits bei 12½ cg pro Kilo trat bei einem 5 kg schweren, gut genährten Hunde der Tod ein. Bei 14—16 cg pro Kilo fehlt zuweilen das initiale Erbrechen; die Vergiftungserscheinungen sind noch intensiver, die soporösen Zustände wiegen zuerst vor, später die Krampfanfälle. Der Tod tritt meist 4—6 Minuten nach der Injection, selten später ein. Bei einmaligen Dosen von 17 cg erfolgt der Tod fast ausnahmslos; 2 Thiere blieben am Leben, das eine starb 14 Tage später in einem epileptischen Anfall, das andere nach einer Injection von 18 cg pro Kilo.

B. Einfluss der Magenausspülungen auf die Wirkung einzelner Morphiumdosen.

§. 427 a.

Wurde gleich nach der subcutanen Injection des Morphinms der Magen des Hundes ansgespült, und wnrde damit 45 Minnten hinter einander fortgefahren, so beobachtete Alt nach Dosen von 5—7 cg pro Kilo nur sehr schwache Vergiftungserscheinnngen: nach 10—12 cg pro Kilo traten bedrohliche Erscheinungen, insbesondere Krämpfe, nicht auf, auch Blindheit hat Alt dann nicht beobachtet, nach 30 Stnnden waren die Thiere wieder ganz mobil, bis auf geringere Fresslnst (eine Folge der längeren Ausspülungen mit H Cl.-Lösung). Bei Dosen von 17—20 cg pro Kilo traten weder Blindheit noch epileptische Anfälle auf, wenn sofort ansgespült wurde, nach zwei Tagen waren die Thiere wieder ganz munter. Zwei Hunde vertrugen sogar eine subcutane Injection von 24 cg pro Kilo ohne Schaden.

Diese Versuche beweisen, dass durch die Ausspülung des Magens die Wirkung des Morphiums unter allen Umständen bedeutend abgeschwächt wird. Das Erbrechen wird dadurch regelmässig hintangehalten; dasselbe ist nicht cerebralen Ursprnngs, sondern als eine durch Reizung der Magennerven ausgelöste Reflexwirkung anzusehen. Bei Injection sonst tödtlicher Dosen ist die Magenausspülung vielfach eine lebensrettende Operation.

Nach Einverleibung des Morphiums per rectum und nachfolgender Magenausspülung sind die Verhältnisse ähnlich. Man kann wohl auf Grnnd von quantitativ analytischen Bestimmungen annehmen, dass die Hälfte des injicirten Giftes in den Magen wieder ansgeschieden wird. Control-Versuche, welche an drei Menschen gemacht wurden, entsprachen den am Hunde gemachten Erfahrungen, so dass der Arzt bei Morphinmvergiftung durch eine Magenausspülung lebensrettend wirken kann.

Zusammenfassnng: 1) Nach subcutaner Morphium-Injection wird Morphium durch den Magen ansgeschieden, 2) die Ausscheidung ist schon nach $2^1/_2$ Minuten nachweisbar, nach 50—60 Minuten hört sie auf, 3) der Brechreiz nach snbcntaner Morphium-Injection (er ist bei Hunden fast constant) tritt erst nach der Ausscheidnng von Morphium in den Magen ein, wird also wohl auch von hier ausgelöst und wird durch Ausspülung des Magens vermieden, 4) es wird nur die Hälfte des injicirten Morphiums durch den Magen ausgeschieden, 5) spült man sofort nach der Injection aus, so kann man sonst sicher tödtliche Dosen geben, ohne dass der Tod eintritt, 6) in forensischen Fällen muss vor allen Dingen der Mageninhalt auf Morphium untersucht werden.

IV. Symptomatologie.

A. Symptome der Morphiumsucht.

§. 428.

Intoxikationssymptome treten gewöhnlich nach 6—8 Monate dauerndem Morphiummissbrauch auf, bei widerstandsfähigen Personen vielfach später und mild. Die Individualität und vor allem die Dauer des Missbrauchs sind entscheidend.

1. Psychische Störungen beobachtet man bei einem Theil der Morphiumsüchtigen, besonders nach Jahre lang fortgesetztem Gebrauch und nach wiederholten Recidiven trotz mehrfach unternommener Entziehungs-

curen. Die Intelligenz bleibt allerdings leidlich geschont, aber der Charakter, der ethische Besitz, die Selbstbestimmungsfähigkeit, die geistige Energie und Thatkraft sind ausnahmslos geschädigt, der Morphinist ist ein charakter-, willensschwacher und energieloser Mensch.

Es entwickelt sich eine tiefe Depression aus dem quälenden Gefühl der Abhängigkeit von dem Gifte, welches dem Morphiumsüchtigen jedes Interesse raubt, ihn der Familie entfremdet, dem gewohnten Umgang und Verkehr entzieht; die Stimmung ist labil, es kommt zu intensiver Abulie. Man beobachtet ferner Schwäche des Gedächtnisses, namentlich mangelhafte Reproductionstreue, erschwerte geistige Leistungsfähigkeit bis zum Torpor, psychische Verstimmung bis zu ausgesprochener Dysthymie und Taedium vitae, gesunkene Widerstandsfähigkeit gegen Affecte, episodische nervöse Unruhe, Aufgeregtheit, vasomotorisch ausgelöste Angstgefühle, gelegentliche Gesichtshallucinationen.

Nach kürzerer oder längerer Zeit bemächtigt sich des Kranken eine grössere Unruhe und Aufregung, die ihn an jeder dauernden und erfolgreichen Beschäftigung hindert. Die Stimmung ist deprimirt, muthlos, bisweilen in plötzliche Heiterkeit umschlagend. Die Kranken verlieren die Energie, sich von dem Mittel loszusagen, und vereiteln den Versuch einer Entziehungskur, auch wenn sie aus freien Stücken in dieselbe eingewilligt haben. Fast jeder Morphinist nimmt in die Anstalt eine gehörige Portion Morphium mit, seiner gegentheiligen Versicherung darf man nicht trauen; und zwar zeigt die Art, wie das Alkaloid eingeschmuggelt wird, die Raffinerie, mit welcher die gebildetsten und hochgestelltesten Persönlichkeiten den Arzt zu täuschen suchen, den tiefen moralischen Defect an.

2. Somatische Störungen. Parästhesieen und Hyperästhesieen der Herz-, Magen- und Blasengegend machen sich in der sensiblen Sphäre bemerkbar. Die Reflexerregbarkeit nimmt zu, doch fehlt nicht selten der Patellarreflex. Die Bewegungen werden unsicher und zitternd, hier und da ist Erschwerung der Sprache zu beobachten, regelmässig finden sich Paresen der Augenmuskeln (Doppeltsehen) Accomodationsparese. Die Ernährung leidet erheblich, das Körpergewicht nimmt bei Männern in der Regel ab, doch kenne ich Fälle, in denen sich unter Morphiumgebrauch eine erhebliche Adipositas entwickelte. Bei Frauen ist eine Zunahme des Gewichts die Regel. Die Haut wird welk und fahl, verliert ihren Turgor, zeigt Neigungen zu Urticaria, Zoster etc. und an den Injectionsstellen zeigen sich Abscesse, Verhärtungen oder charakteristische Infiltrationen. Die Augen sind glanzlos, der Blick ist oft matt, abgespannt, scheu, wird nach Injectionen belebt, feurig und schwärmerisch. Doppeltsehen und Verminderung der Accomodationsbreite ist nicht selten, die Pupillen sind in der Regel verengt.

Der Appetit vermindert sich, zeitweilig tritt Heisshunger oder unstillbarer Durst ein. Die Verdauung ist träge. Zuweilen bestehen quälende Herzpalpitationen, der Puls ist etwas beschleunigt, bisweilen unregelmässig. Oft beobachtet man asthmatische Beschwerden seitens der Respirationsorgane und Albuminurie, besonders in den hohen Graden des Morphinismus, ferner Abnahme der Potenz, Cession der Menses. Hier und da stellen sich Fieberbewegungen ein, sie haben entweder einen mehr subacuten Charakter oder treten in intermittirender Form auf. Die Intermittens der Morphiumsucht hat einen tertianen, selten quotidianen Typus; bei einzelnen Kranken tritt sie zu unbestimmten Zeiten mit weit aus einander liegenden Intervallen in öfteren Wiederholungen auf. Die Symptome sind die des Malaria-Fiebers, nur unterscheidet sich die Morphiumintermittens dadurch, dass sie, selbst wenn sie lange bestand, unmittelbar mit der Morphiumentziehung und schon bei Reducirung der Tagesdosis ohne besondere Therapie verschwindet. In der schweren Form treten auf der Höhe des Fiebers Delirien ein, in denen die Kranken nicht im Bette zu halten und bis zur Tobsucht aufgeregt sind (E. Levinstein l. c. p. 26).

B. Symptome der Abstinenz.

§. 429.

Als solche sind alle diejenigen Erscheinungen zu bezeichnen, welche auftreten, sobald der Patient nicht seine gewohnte Dosis Morphium bekommt.

1. Psychische Störungen: Nervöse Unruhe, Angst, Trübung des Bewusstseins mit mangelhafter Correctur für Sinnestäuschungen und daraus resultirende, einzelne verkehrte Handlungen, qualvolle Unruhe, ängstliche Verwirrtheit, Dysthymie bis zum Taedium vitae, eigenthümliche Störungen des Gedächtnisses (unrichtige Localisation in der Vergangenheit). Bewusstseinsstörungen, Verkennung der Umgebung, Wahn der feindseligen Verfolgung durch dieselbe, schliesslich vollständige Verwirrtheit, Toben, stürmisches Verlangen nach Morphium. Das eventuell eintretende Delir dauert mehrere Tage und hat absolute Aehnlichkeit mit dem Delirium tremens.

Bei vielen Morphiumkranken treten in den ersten acht Tagen der Abstinenz Hallucinationen, Illusionen, Zwangs- und Wahnvorstellungen auf, welche aber schon nach wenigen Tagen verschwinden. Die Wahnvorstellungen selbst haben nichts Eigenthümliches; sie quälen auch nicht in dem Grade wie die Zwangsvorstellungen, in welchen sich die Patienten des Krankhaften ihrer falschen Vorstellungen bewusst sind und sich dennoch ihrer nicht erwehren können.

Die Hallucinationen erstrecken sich auf alle Sinnesgebiete; am meisten werden der Gesichts- und der Gehörssinn, dann der Geruchssinn, seltener der Geschmacks- und ausnahmsweise der Gefühlssinn betroffen. Hauptsächlich, aber keineswegs immer, disponiren zu den psychischen Alterationen Alkoholisten. Das Geschlecht macht keinen Unterschied, da morphiumkranke Frauen sich des Alkohols ebenso häufig und leidenschaftlich bedienen wie Männer. Illusionen treffen den Geschmacks- und Geruchssinn.

Ohnmachten, leichtere sowohl wie schwere, sind häufige Erscheinungen in der Abstinenz, namentlich beim weiblichen Geschlecht, die leichteren sind bedeutungslos; Synkope aber kann, wenn nicht ärztliches, energisches Eingreifen stattfindet, in den Tod übergehen, da der Puls plötzlich tief sinkt, und die Respiration aussetzt.

Auch epileptoide Zustände hat E. Levinstein wiederholt beobachtet: der Patient schreibt oder spricht in normaler Weise — plötzlich hört er mitten im Satze auf — es tritt eine Pause des Bewusstseins ein, und nach derselben führt er den begonnenen Satz weiter aus, ohne sich der Unterbrechung bewusst zu sein; oder er schreibt mitten in einem Satze einen nicht zum Inhalt passenden Gedanken nieder, ohne später zu wissen, dass er denselben producirte.

Die epileptisch-hysterischen Anfälle sind keine Abstinenzerscheinungen; sie treten infolge des augenblicklichen Inanitionszustandes auf und kommen nur bei den weiblichen Kranken vor, die bereits früher an derartigen Zufällen litten.

Von den Motilitätsstörungen sind Zitterkrämpfe der unteren Extremitäten bemerkenswerth. Die Kranken empfinden, sie mögen liegen oder sitzen, eine heftige Unruhe in den Beinen, die sie zwingt, mit denselben gleichmässige Bewegungen auszuführen. Bei den leichteren Formen können die Kranken die Unruhe unterdrücken, bei den schwereren steigert sich dieselbe derartig, dass 2 bis 3 Tage hinter einander fast unausgesetzt trommelnde Bewegungen gemacht werden, die oft so laut sind, dass man sie in den nächst gelegenen Räumen hört.

Wenn man die Erscheinungen, welche der Morphium-Missbrauch zur Folge hat, mit den pathologischen Zuständen vergleicht, gegen welche dasselbe therapeutisch angewendet wird, so fällt die Uebereinstimmung derselben in die Augen. Schlaflosigkeit, Hyperästhesieen, Neuralgieen, Angst, Depression und Erregungszustände bekämpft und erzeugt das Morphium.

Auch die in der Abstinenz bei Morphiumsüchtigen besonders hervortretenden Symptome haben das Eigenthümliche, dass sie fast alle durch Morphium schnell beseitigt werden können.

2. Somatische Störungen: Haut. Hyperidrosis ist eine der frühesten und bleibendsten, aber nicht constant auftretenden Erscheinungen und zeigt sich bei langsamer und bei plötzlicher Entziehung.

Tiefe Gesichtsröthe erscheint bei einzelnen Individuen unmittelbar nach der Entziehung. Gebrauchen diese Kranken während der Reconvalescenz Chloralhydrat und geniessen am Tage selbst nur kleine Mengen alkoholischer Getränke, so bricht unter Hitzegefühl auf der Gesichtsfläche Scharlachröthe aus, die sich dann über Kopfhaut, Nacken und Halsfläche ausdehnt und Stunden lang besteht.

Urticaria hat man wiederholt am zweiten oder dritten Tage sich entwickeln und nach kurzer Blüthe wieder verschwinden sehen. Ein Individuum, bei welchem eine Morphium-Injection nothwendig wurde, bekam unmittelbar nach derselben Urticaria; es erinnert dieser Vorgang an Urticariabildung bei einzelnen weiblichen Individuen nach Ansetzung von Blutegeln an die Gebärmutter.

Augen. Accommodationsstörungen treten sowohl während des Morphiumgebrauchs als auch während der Abstinenz auf.

Accommodationsparese (Energielosigkeit der Accommodation) ist während des Morphiumfiebers fast pathognostisch. Pupillendifferenz kommt während des Morphiumgebrauches nur selten vor; in der Abstinenz ist sie eins der häufigsten Symptome, welches vom 2. bis 8. Tage beobachtet wird, und zwar in der Weise, dass die Pupillenerweiterung nur ein Auge betrifft, dass sie im Laufe des Tages nicht constant ist und dass sie mit Pupillengleichheit abwechselt.

Wechselnde Pupillenerweiterungen gehören gleichfalls zu dem Symtomencomplex der Morphium-Entziehung; bald ist in den Morgenstunden das rechte Auge z. B. bis zum Maximum erweitert, gleich darauf oder später das linke und in den Zwischenzeiten sieht man Pupillengleichheit. Dieses Wechseln der Pupillenweiten dauert oft 3 bis 5 Tage nach der zuletzt genommenen oder injicirt erhaltenen Morphiumdosis.

Doppeltsehen tritt in verschiedenen Graden auf, und in den höheren Graden sind die Kranken nicht im Stande zu fixiren. Prüft man die Diplopie in der üblichen Weise, indem ein rothes Glas dem einen Auge vorgehalten wird, so findet man das anscheinend paradoxe Ergebniss, dass die Art und der Grad der Diplopie wechselt, sogar während der Dauer des Versuchs. Es scheint sich um eine paretische Schwäche der äusseren Augenmuskeln zu handeln, welche besonders bei extremen Blickrichtungen, also bei excessiven Anforderungen an die Leistung eines Augenmuskels sich manifestirt. Hyperästhesie der Retina ist häufig, Chromopsie ein Mal in der Abstinenz beobachtet worden.

Respiration und Circulation. Dyspnoe als Neurose wird häufig in den ersten Tagen der Abstinenz beobachtet; dem Kranken gelingt das Athmen nicht, er setzt vor oder mitten in der In- oder Exspiration aus oder er athmet mühsam, mit vorgebeugtem Körper im Bett sitzend.

Emphysematiker werden gewöhnlich bei Beginn der Behandlung asthmatisch und bleiben es, bis die schwersten Entziehungserscheinungen beseitigt sind. Neuralgia intercostalis abstinentiae Morph. ist oft Ursache der Klage über Beklemmung.

Husten als Neurose erscheint häufig am dritten oder vierten Tage der Abstinenz, er ist trocken, ausnahmsweise sind Rasselgeräusche zu hören; seine Dauer ist 8 bis 14 Tage.

Herzschmerzen beginnen oft unmittelbar nach der Entziehung und schwinden erst mit den letzten Erscheinungen. Die schmerzhaften Empfindungen in der Herzgegend sind mit Angst und Beklemmung und meist mit Herzklopfen verbunden.

Herzschwäche ist das ernsteste Symptom in den ersten fünf Tagen der Abstinenz, da dieselbe den Eintritt in den Collaps ankündigt. Sie äussert sich zuerst in Energielosigkeit, Unregelmässigkeit in der Action, in Verlangsamung der Herzthätigkeit, der zuweilen eine übermässige Beschleunigung (Delirium cordis) vorangeht. In den schwersten Formen des Collaps hören die Herzcontractionen auf kurze Zeit ganz auf oder werden so unmerklich, dass sie kaum durch die Auscultation wahrgenommen werden. Der Puls entspricht den Verhältnissen des Herzens.

Digestion. Der Durst ist bei einzelnen Individuen in den ersten Tagen unlöschbar; derselbe ist, analog der Munddürre der Diabetiker, als Nervenaffection aufzufassen und unabhängig von den durch Schweiss und Durchfälle entstandenen Wasserverlusten, da er auch auftritt, wenn diese beiden Symptome in geringerem Grade vorhanden sind oder ganz fehlen. Die Harnuntersuchung ergiebt keinen Zucker.

Die Salivation erreicht nur zuweilen einen hohen Grad; sie ist eine der späteren Erscheinungen und tritt kaum vor dem dritten Tage der Abstinenz ein.

Erbrechen und Diarrhöen sind die beständigsten Begleiter und fallen auch bei langsamer Entziehung nur ausnahmsweise aus. Selbst Tabiker, die doch gewöhnlich an Obstruction leiden, sind letzteren unterworfen.

Viele Kranke klagen über Schmerzen beim Schlucken und über schmerzhafte, krampfartige Zusammenziehungen des Afters; einige drücken die unangenehme Empfindung mit den Worten aus: „Es ist, als wäre ein Pfropfen in die Afteröffnung eingekeilt.“ Die erste Anomalie ist lediglich ein Irritationszustand der Schleimhaut, entstanden durch das heftige Aufstossen, Würgen, Erbrechen, die letztere eine Neurose, welche

mit den von Westphal zuerst beobachteten Primordialzeichen der Tabes, dem Ausfall des Kniephänomens zusammenfällt.

Männliches Sexualsystem. Neuralgia testis. Ende der zweiten oder Anfang der dritten Woche nach der Entziehung tritt als Vorläufer der wiedererwachenden Geschlechtsthätigkeit ab und zu ein oft lebhafter Schmerz in einem oder in beiden Hoden ein. Derselbe wechselt den Ort und wird durch schnelle Körperbewegung oder durch leichten Druck hervorgerufen resp. gesteigert. Mit dieser Sensation sind oft Erectionen verbunden, die sich gewöhnlich erst nach den ersten Ejaculationen verlieren. Alle Morphiumsüchtige, die impotent sind, werden nach der Morphium-Entziehung potent, wenn nicht Erkrankungen des Central-Nervensystems vorliegen. Anfangs ist eine Steigerung des Geschlechtsverlangens vorhanden; dieselbe verliert sich nach einigen Wochen, um in die normale Bahn einzugehen.

Weibliches Sexualsystem. Während beim Manne der Depressionszustand des Geschlechtslebens, in welchen ihn der Morphium-Missbrauch versetzte, auch in den ersten Wochen der Abstinenz fortbesteht, wird das sexuelle Verlangen bei einzelnen weiblichen Individuen in hohem Grade, fast bis zur Nymphomanie gesteigert. Die noch vorhandene, freilich sehr herabgesetzte Willenskraft lässt zwar nicht zu, dass die Patientinnen Ausschreitungen begehen, aber sie ist doch nicht gross genug, um die mechanisch sich einstellenden, wüsten Bewegungen, den verlangenden Blick und die durch excessive Erregung entstandene, beschleunigte Athmung zu unterdrücken. Die Kranken sind sich ihrer traurigen Lage bewusst, ihre ganze Weiblichkeit empört sich gegen diesen animalen Process und macht sie tief unglücklich. Dieser bedauernswerthe Zustand hält einige Tage an und gehört zum Glück zu den Ausnahmen.

Uropoetisches System. Im Harne Morphiumsüchtiger hat E. Levinstein nicht selten Eiweiss gefunden, und zwar:

1. unter fortgesetztem Gebrauch des Morphium,
2. in der Entziehungsperiode.

Das Eiweiss, welches sich während der längeren Anwendung der Morphium-Injectionen zeigt, ist entweder ein flüchtiges Symptom, das unregelmässig erscheint und oft nur Tage lang zu beobachten ist, oder ein beständiges, welches erst in Wochen oder Monaten nach der totalen Entziehung des Morphiums schwindet.

Das Eiweiss in der Abstinenzperiode, welches viel häufiger als das erste, und fast bei allen Morphiumsüchtigen beobachtet wird, erscheint am 3. bis 6. Tage nach Beginn der Entziehung und verliert sich nach einiger Zeit (1—4 Tage). Es variirt von leichten Trübungen bis zu flockigen Niederschlägen (E. Levinstein l. c. p. 32—38).

V. Prognose der Morphiumsucht.

§. 430.

Die Prognose der Morphiumsucht ist, obgleich der Ausgang in schweres Siechthum, welches durch eine chronisch sich entwickelnde Nierenentzündung zum Tode führt, nicht selten ist, quoad vitam eine günstige. Auch die Entziehung des Morphiums gelingt, wenn nicht schwere körperliche Leiden (Tabes, Lebererkrankung) die Störung compliciren, bei den nothwendigen Vorsichtsmaasregeln ohne Schwierigkeit. Dagegen ist mit Rücksicht auf die Recidive die Prognose eine zweifelhafte; doch hat sich der Procentsatz der endgültig geheilten Morphinisten in den letzten Jahren gesteigert; mir ist eine ganze Anzahl definitiv Genesener bekannt. Eine gewisse Gefahr droht durch Substitution oder Complication des Giftes durch ein anderes Narkoticum, vor allem Cocaïn, dann Chloralhydrat, Aether, Chloroform. Viele Morphinisten verfallen auch durch Gewöhnung an schwere Weine, Biere, welche während der Abstinenz zur Milderung der Symptome angewendet werden, dem Alkoholismus.

VI. Therapie.

A. Therapie der Morphiumsucht und -Abstinenz.

§. 431.

Durch die Abstinenzbeschwerden, welche bei der geringsten Herabminderung der Morphiumzufuhr eintreten, durch das Bedürfniss und Verlangen nach Morphium als Reiz- und Genussmittel, durch die trostlose Willensschwäche, welche als eine der Folgen des Morphiumgebrauchs sich einstellt, wird die Befreiung des Kranken von seinem bösen Dämon eine schwierige und nur in geschlossenen Irrenanstalten eine Erfolg versprechende Aufgabe. Contraindicirt ist die Entwöhnung da, wo ein unheilbares, schmerzhaftes Leiden die Morphiumbehandlung dringend fordert. Unter diesen Umständen ist der Morphinismus das kleinere Uebel. E. Levinstein trat zuerst für die plötzliche Entziehung ein, bei welcher die Qualen zwar sehr gross, dagegen viel kürzer sind, und, was nicht zu unterschätzen, die Reconvalescenz eine erheblich schnellere und energischere ist. Doch erfordert diese höchst verantwortliche Art der Kur einen grossen Warteapparat, und die peinlichste und zugleich sachverständigste Ueberwachung und Aufmerksamkeit von Seiten des behandelnden Arztes. Eigenthümlich wirkt es auf den Fachmann, wenn in neuester Zeit Fromme die Methode als die bequemere und leichter durchführbare hinstellt. Die geeignetste Ent-

ziehungsmethode ist die modificirte (E. Levinstein). Zuerst bestimmt man das tägliche Quantum, bei welchem der Patient sich erträglich fühlt. Im Allgemeinen ist der Grundsatz festzuhalten, dass man Morphium zu geben hat, wenn es nothwendig ist. Man kann die Kur wesentlich durch Cocaïn beschleunigen und unterstützen, aber nur mit absoluter Sachkenntniss; dem Zustande des Herzens muss immer Beachtung geschenkt werden. Gegen Schlaflosigkeit wirken die verschiedenen Hypnotica individuell. Doch kommen hauptsächlich Sulfonal, Amylenhydrat, Chloralamid und Chloral in Betracht.

Mit der Entwöhnung von Morphium ist die Kur keineswegs beendigt. Die Ursachen, um derenwillen der Kranke zum Morphinisten geworden, müssen beseitigt, die letzten Spuren der Intoxikation und Abstinenz getilgt, und die Persönlichkeit physisch widerstandsfähig gemacht werden.

B. Behandlung der Reconvalescenz.

§. 432.

Der Schwerpunkt der ganzen Behandlung der Morphium- und Cocaïnsucht liegt in der Therapie der Reconvalescenz nach Entziehung des Giftes. Darin stimmen alle Autoren überein, dass mit der Entziehung des Morphiums die Behandlung der Morphiumvergiftung beendet ist; dass aber bei der Morphiumsucht nach Vollendung der Entziehung dem Arzte „noch Viel zu thun übrig bleibt.“ Das Entscheidende der ganzen Frage liegt in der definitiven Verhütung des Rückfalls. Haben wir es mit einem Reconvalescenten zu thun, der ein körperliches Leiden überstanden hat, d. h. liegt es nicht im Bereiche unserer Kräfte, den wiederhergestellten Clienten vor einem Recidiv schützen zu können, so haben wir genug gethan, wenn wir ihn von seiner Krankheit geheilt, wenn wir ihn wieder für Ausübung seiner Thätigkeit hergestellt haben: er wird dann ohne unsere weitere Ueberwachung sich mehr und mehr erholen und kräftigen. Nur eine zufällige Disposition zur Aufnahme des Krankheitskeimes würde ihn event. recidiviren, oder in eine neue Krankheit verfallen lassen. Etwas anderes ist es mit der Heilung eines Morphinisten oder Cocaïnisten; hier haben wir es nicht mit einer körperlichen Affection, nicht mit einer anatomisch nachweisbaren Veränderung der Texturverhältnisse, sondern mit einer functionellen Erkrankung des Centralnervensystems und erst in später Folge mit histiologischen Veränderungen der vegetativen Organe zu thun. Der Zustand des Patienten, welcher sich nach Vollendung der eigentlichen Morphiumentziehung heranbildet, erheischt eingehende ärztliche Beobachtung und

fortgesetzte Behandlung. Abnorme Reizbarkeit, stark herabgesetzte Leistungsfähigkeit, krankhaft leichte Erschöpfbarkeit des Nervensystems, kurz: nervöse Schwäche sind die Eigenschaften der von Morphium Befreiten. Man kann von einer Reconvalescenz reden, wenn die Symptome der Entziehung ihren Höhepunkt überschritten haben, wenn die Entziehungserscheinungen abzuklingen anfangen. Diese Reconvalescenz dauert aber nicht nur bis zum vollständigen Erlöschen der Symptome, also ungefähr 14 Tage bis 4 Wochen nach Vollendung der Entziehung; sondern gerade die der scheinbar vollständigen Genesung folgende Zeit ist es, welche die ganze Sorge und Aufmerksamkeit des Arztes erfordert; gerade in dieser Zeit treten Recidive mit Vorliebe auf. Bei der Entlassung des Patienten aus der Anstalt müssen seine Angehörigen resp. diejenigen, welche die weitere Sorge für seine Gesundheit übernommen haben, darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Kranke von der Morphiumsucht keineswegs absolut geheilt, sondern dass er innerhalb einer Reihe von Monaten noch Attaquen ausgesetzt ist, in denen es ihm schwer fallen wird, dem Morphiumverlangen nicht nachzugeben.

Unter den abklingenden Symptomen der Abstinenz tritt besonders eines hervor, welches den Reconvalescenten am meisten quält und dem Arzte einige Schwierigkeiten in der Fortführung der Behandlung macht: die mitunter allen Mitteln trotzende Schlaflosigkeit. Sie ist es gerade, welche häufig den Patienten in eine verzweiflungsvolle Stimmung versetzt und die ganze Autorität des Arztes beansprucht. Die Behandlung kann nur dann auf bedeutenden Erfolg rechnen, wenn sie von dem Gesichtspunkte ausgeht, dass die Krankheit im Wesentlichen eine Störung der psychischen Functionen darstellt, und dass deshalb auch die Behandlung in der Hauptsache in psychischer Einwirkung bestehen muss. Für viele Kranke ist schon die Beaufsichtigung eines Arztes, welcher die Krankheitserscheinungen richtig beurtheilt von heilsamer Wirkung (Erlenmeyer). Die Prädilectionszeit für den Rückfall ist, wie oben erwähnt, die erste Zeit nach der Entziehung. Die Reconvalescenten fühlen sich frisch und behaglich, sie befinden sich in einer gewissen Euphorie, Appetit und Schlaf sind normal, — plötzlich fangen die Zeichen der Besserung an abzunehmen, es tritt Unruhe ein, die Kranken gerathen in Angstzustände, das Interesse an jeder Beschäftigung verliert sich, die Patienten selbst fühlen sich krank; da erinnern sie sich, dass Morphium sie mit einem Schlage aus dieser Misère erretten kann. Sind sie sich jetzt selbst überlassen, so fallen sie sofort in ihre alte Leidenschaft zurück; denn zwischen Gedanken und That duldet die dämonische Macht des Morphiums fast keine Pause. Deshalb dürfen Individuen, die eine Morphiumentziehung durchgemacht haben, nicht vor

Ablauf einer gewissen Zeit die Anstalt verlassen, sie müssen vielmehr unbedingt unter ihrem Schutz und ihrer Aufsicht noch einige Wochen bleiben. Die Dauer des Anstaltsaufenthalts ist ungefähr auf 6 bis 8 Wochen festzusetzen. So lange die Reconvalescenten die Pflege der Anstalt gebrauchen, müssen die Verhältnisse so geordnet und eingerichtet werden, muss die Pflege eine so individualisirende sein, dass der Patient sich körperlich und geistig wohl fühlt.

Wir kommen jetzt zu der wichtigen Frage: „Warum und welcher Art soll die weitere Behandlung des Reconvalescenten ausserhalb der Anstalt sein, und giebt sie eine bessere Prognose auf absolute Heilung von der Morphiumsucht?“ Angenommen, es gäbe eine Anstalt, in welcher durch das Morphium moralisch defecte Patienten nicht wären, sondern wo der Reconvalescent bei ruhiger Wiedererstarkung seines Willens, ohne dass er durch Erinnertwerden an seine Leidenschaft in das frühere labile Gleichgewicht gerathe, die vom Arzte und dem Mechanismus der Anstaltsmaschine vorgeschriebene Lebensweise führen könnte, so würde ein möglichst langer Anstaltsaufenthalt das meiste für sich haben. Die Vorschriften in Bezug auf die Lebensweise laufen auf eine Art von Training des Geistes und Körpers hinaus. Der Reconvalescent soll nach und nach wieder leistungsfähig werden; er soll zwar noch auf das strengste überwacht und beobachtet, in gewisser Hinsicht aber wieder zu einer, wenn auch noch so geringen, geistigen und körperlichen Thätigkeit hingeleitet werden. Wenn sich diese Vorschläge verwirklichen liessen, so würde damit viel erreicht werden; ich habe jedoch die Beobachtung gemacht, dass fast alle in der Reconvalescenz befindlichen Morphinisten, mit sehr wenigen Ausnahmen, die auf die Entziehung folgenden nächsten Monate gar nicht fähig sind, sich irgendwie geistig und körperlich zu beschäftigen; kleine körperliche Anstrengungen sind noch am ersten zu erreichen. Jedoch im Allgemeinen thun sie weiter nichts, als schlagen im wahren Sinne des Wortes mit Essen, Nichtsthun und raffinirten Anschlägen zur Erlangung von Morphium die Zeit todt. In der unmittelbar nach der Entziehung eintretenden gesteigerten Lebensfreudigkeit, die man mit dem Worte „Euphorie“ am besten charakterisirt, ist ihr Handeln ein rein explosives. Sie wollen alles Mögliche beginnen, halten sich für zu Allem fähig, und kommt es zur Ausführung einer Handlung, zu der eine gewisse Concentration des Geistes, gewisses cohärentes Denken erforderlich ist, so zeigt sich ihre geistige und körperliche Insufficienz. Wir sehen hieraus, dass es keineswegs leicht ist, einen Reconvalescenten kurz nach der Entziehung auf eine allmählich wieder beginnende Thätigkeit hinzulenken.

Die ganze Therapie für die unmittelbar einer Entziehung folgende Zeit ist in folgende drei Hauptpunkte zusammenzufassen:

1. Genaue Ueberwachung und Beobachtung.
2. Strengste Vermeidung von Alkoholmissbrauch.
3. Möglichste Fernhaltung aller unangenehmen, psychischen Eindrücke.

Sind diese drei Erfordernisse eine gewisse Zeit erfüllt, so hat der Arzt und die Anstalt Alles gethan, was gethan werden kann, und der Reconvalescent kann getrost von jetzt an ausserhalb der Anstalt den für sein weiteres Wohlergehen verantwortlichen und geeigneten Händen übergeben werden. Ein längeres Verweilen in der Anstalt hat nur Müssiggang zur Folge; daran schliessen sich jene Uebelstände an, deren Gefährlichkeit genugsam bekannt sind; das Herumbummeln zieht nur Manipulationen nach sich, welche weiter nichts bezwecken, als sich heimlich Morphium zu beschaffen.

Welcher Art soll nun die weitere Behandlung eines Reconvalescenten sein? Erlenmeyer giebt an, dass er, ungefähr 8—10 Tage nach vollendeter Entziehung, ein Familienmitglied zur Gesellschaft und Ueberwachung des Patienten kommen lässt und zwar, da es sich meist um verheirathete Männer handelt, die Ehefrau. Ich halte einen Anstaltsaufenthalt für Familienmitglieder eines Patienten, an welcher Affection auch immer der letztere leiden mag, nicht für richtig, und vor Allem nicht bei Morphinisten. Erstens passt in den Rahmen einer Anstalt keine Person, die machen und thun kann, was ihr beliebt, also welche die Anstaltsdisciplin ev. stören kann; und zweitens weiss man nicht, auf welcher Bildungsstufe eine derartige Person steht, ob sie die Kraft und Energie und vor Allem das Verständniss für die Art der Krankheit hat. Eine Ueberwachung des Reconvalescenten durch ein Familienmitglied, innerhalb der Anstalt scheint mir aus den angeführten Gründen nicht geeignet zu sein. Ausserhalb derselben ist die Gesellschaft und Controle durch die Gattin das Geeignetste. Sie ist die beste Pflegerin, vorausgesetzt, dass sie eine energische, willenskräftige Frau ist, dass sie ihren Gatten wahrhaft liebt und zur Erhaltung seiner Gesundheit Alles aufzuopfern fähig ist; sie muss aber auch eine kluge Frau sein, denn sie muss genau mit den geistigen und körperlichen Eigenthümlichkeiten eines Reconvalescenten aus der Morphiumentziehung vertraut sein. Handelt es sich um Unverheirathete, so sollen sie sich eine sympathische Person aus ihrem Bekannten- oder Verwandtenkreise wählen, welche, bekannt mit den Eigenthümlichkeiten der Morphiumsucht, sie niemals allein lässt und sie bei Anwandlungen des Morphiumverlangens abzuleiten sucht. Diese Person muss das volle Vertrauen des Patienten haben, damit letzterer rückhaltlos offen ihr gegenüber ist; dagegen darf kein gegenseitiges Vertrauen bestehen, wohl aber ein wechselseitiges Interesse.

Findet sich eine derartige Person nicht, so ist es am besten, dass

der Reconvalescent, falls er sich in guten Vermögensverhältnissen befindet, von einem Arzte begleitet und überwacht wird. Jetzt ist die Zeit gekommen, wo man mit Beginn einer anhaltenden, den körperlichen Verhältnissen und der socialen Stellung entsprechenden Arbeit dem Müssiggang, welcher das Morphiumverlangen rasch zur That zeitigt, ein Ende machen kann. Tritt von selbst das Verlangen nach Thätigkeit auf geistigem oder körperlichem Gebiete ein, so ist das ein prognostisch gutes Zeichen für die wieder eintretende Willenserstarkung, für den Beginn eines neuen Lebens. In der Auswahl der Beschäftigung muss dem Patienten völlig freie Hand gelassen werden, mag er den Sport, die Kunst oder die Wissenschaft als Gegenstand seiner Beschäftigung wählen. Selbstverständlich muss die Grösse des täglichen Arbeitspensums von dem Arzte so begrenzt werden, dass keinerlei Belästigung oder Erschöpfung entsteht. Ebenso selbstverständlich ist die Vermeidung jeden Zwanges. Dieser ruft Missstimmung hervor, und das gerade ist auf jede Weise zu vermeiden. In allen Fällen, in welchen Reichthum und Mangel an einer regelmässigen Thätigkeit Hand in Hand gehen, sind Monate lang ausgedehnte Reisen mit kurzen Aufenthaltspunkten, besonders Seereisen, natürlich unter der nöthigen Ueberwachung, anzurathen. Vor der Rückkehr des Reconvalescenten in die eigene Häuslichkeit ist es empfehlenswerth, umfassende Veränderungen in den früher bewohnten Räumen vorzunehmen, und, wenn möglich, den Schrank, den Schreibtisch oder das sonstige Möbel, in welchem der Betreffende das Morphium aufzubewahren gepflegt, aus dem Bereich seiner Augen zu entfernen, wenn man es nicht vorzieht, ihm überhaupt andere Wohnungsräume anzuweisen (E. Levinstein).

Fassen wir noch einmal in Kürze die Therapie der Morphiumreconvalescenz zusammen, so ergiebt sich das einfache Resultat: Sechs- bis achtwöchentlicher Anstaltsaufenthalt unter den nöthigen Cautelen, weitere Reconvalescenz bei beginnender, womöglich spontan sich einleitender Thätigkeit unter Aufsicht der Ehefrau, eines guten Freundes oder eines Arztes. Dauer der Ueberwachung individuell verschieden lang, nicht unter einem Jahre.

ZWEITES CAPITEL.

Vesania ex Cocaïnismo.

Cocaïnsucht.

Litteratur.

Chalmers da Costa: Four cases of cocaïne delirium. Journ. of ment. disease 1889. XIV. p. 188. — Magnan: Drei Fälle von chronischer Cocaïnintoxikation. — Baden: Fall von acuter Cocaïnvergiftung. Hospital-Titende 1889, Nr. 7. —

Haenel: Ein Fall von schwerer Cocaïnvergiftung. — Chotwood: The toxic effect of cocaïne hydrochlorate with report of a case. The Medic. Record 1889. — Kraepelin: Psychiatrie p. 442—444. — Chouppe: Morphinismus und seine Beziehungen zum Cocaïnismus. — Obersteiner: Cocaïn und Morphinismus. Wien. klin. Wochenschrift 1888, Nr. 19.

§. 433.

1. Pathogenese. Der Cocaïnismus hat sich secundär aus der Morphiumsucht entwickelt und tritt deshalb häufig in Complication mit derselben auf, und zwar ist der Gang folgender: Jeder Morphiophage hat das Verlangen nach einiger Zeit, vom Morphium frei zu werden. Nun hatte sich im Jahre 1885 der Ruf verbreitet, dass das Cocaïn im Stande sei, die unangenehmen Abstinenzerscheinungen, welche eben die Selbstentziehung unmöglich machen, vollständig zu beseitigen und an deren Stelle eine Euphorie, verbunden mit erhöhter körperlicher Leistungsfähigkeit hervorzurufen. In kleinen Dosen angewendet, bringt es auch entschieden die grosse Unruhe und die damit verbundenen Unlustgefühle zum Schweigen (cf. meine Abhandlung in Centrbl. f. Gynäkolog. l. c.), doch ist es eine im Allgemeinen bekannte Thatsache, dass schnell zu hohen Dosen gestiegen wird, woraufhin die von Schmidt, Rank, Thomsen u. A. beobachteten Hallucinosen auftreten.

2. Symptomatologie. a) psychische Störungen: In kleinen Dosen ruft das Cocaïn eine Anregung der psychischen Functionen hervor. Starkes Unbehagen und Unruhe beim Aussetzen des Mittels drängen zur Fortsetzung der Injection. Nun stellt sich eine dauernde, nervöse Erregung, Energielosigkeit, Gedächtnissschwäche ein. Die sonstigen psychischen Erscheinungen halten entweder gleichmässig an oder treten paroxysmenweise mit mehr oder weniger freien Intervallen auf: Angstgefühle, Verfolgungsideen, schreckhafte Hallucinationen des Gesichts, Gefühls und Gehörs, welche impulsive Abwehrhandlungen gegen die fratzenhaften Verfolger zur Folge haben (Delirium persecutionis). Es zeigt sich das Krankheitsbild der typischen Hallucinose (cf. diese).

b) somatische Störungen: Es tritt rapider Kräfteverfall, hochgradige Abmagerung, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit ein. Die Pupillen sind ad maximum erweitert, der Gang ist unsicher, im ganzen motorischen Apparate kommt es zu einer mehr oder minder hochgradigen Ataxie, bisweilen sogar zu epileptiformen Krämpfen; es besteht grosse körperliche Hinfälligkeit, Neigung zu Schwindelanfällen. Zugleich zeigen sich zahlreiche cutane Hyper- und Parästhesieen (Läuse, Milben auf der Haut).

Feinberg (cit. von Hänel) fand bei Thieren nach Cocaïn Sensibilitätsstörungen bis zur vollkommenen, allgemeinen Anästhesie, Bewusstlosigkeit, epileptiforme Krämpfe, welche corticalen Ursprungs und

durch vasomotorischen Krampf und Anämie der Hirnrinde bedingt waren. v. Anrep beobachtete eine enorme Steigerung des Blutdruckes und starke Beschleunigung der Herzcontractionen, ferner eine Verminderung der Secretion der Schleimhäute. Bignou constatirte bei Cocaïnintoxikation eine erhebliche Secretionsverminderung der Niere bis zur Anurie, welcher dann eine beträchtliche Steigerung der Harnentleerung folgte.

Nach Obersteiner treten die Symptome der Cocaïnabstinenz bisweilen erst einige Zeit nach Aussetzung des Mittels ein, halten dann aber hartnäckig in gleicher Intensität Wochen und Monate lang an; ich habe stets nur beobachtet, dass nach Aussetzen des Mittels keinerlei Abstinenzsymptome sich zeigten.

3. Prognose. Wenn der Cocaïnismus nicht mit Morphinismus complicirt ist, erscheint seine Prognose günstiger. Indessen sind auch Recidive oder der Uebergang zu anderen Narkoticis (Urethan etc.) häufig.

4. Therapie. Sofortige Entziehung unter steter Beobachtung des jedes Mal sehr alterirten Herzens. Um den Kranken von seinen Delirien zu befreien, empfiehlt sich subcutane Injection von Morph. mur. Dos. 0,02. Es tritt dann bald Nachlass der psychischen, wie der somatischen Intoxikationssymptome ein. Der Kranke wird klarer und ruhiger; vor Allem tritt Schlaf (vielleicht durch eine Zugabe von Chloral 2,0 g) wieder ein.

Den bekannten Krankengeschichten von Rank, Thomsen, C. Heimann und Anderen reihe ich noch folgende charakteristischen an. Magnan beobachtete 3 Fälle von chronischer Cocaïnintoxikation.

Beispiel 1. (Magnan). „Die erste Beobachtung betraf einen 48jährigen Kaufmann, der wegen Nierenkolik seit 1878 Morphium gebrauchte und, um sich dieses abzugewöhnen, seit 1886 Cocaïn injicirte, in dessen Dosirung er schnell bis zu einem Gramm täglich stieg. Nach zwei Monaten hörte er auf, da sich ihm erschreckende Symptome, eigenthümliche Illusionen einstellten: Die Gegenstäude bewegten sich um ihn, er hörte plötzlich ängstigende Geräusche, auch stellte sich neuromusculäre Hyperexcitabilität ein, welche sich durch Zuckungen der Glieder kund that. Nachdem er 6 Monate wieder Morphium genommen, kehrte er zum Cocaïn zurück; damit erfolgte auch die Rückkehr der Hallucinationen, und eine Fülle von abnormen Sensationen äusserte sich in Stössen durch den Körper, Gefühl von Fremdkörpern unter der Haut. Nach kurzer Zeit trat ein classischer epileptischer Anfall auf.

Beispiel 2. (Magnan). In der zweiten Beobachtung handelt es sich um einen 44jährigen Apotheker, der Morphium wegen Gallensteinkoliken nahm. Mit dem Cocaïngebrauch traten Hallucinationen des Allgemeingefühls auf: er glaubte Mikroben unter der Haut zu haben. Es stellten sich Muskelzuckungen, Tremor, schliesslich ein classischer epileptischer Anfall ein, dem weitere folgten.

Beispiel 3. (Magnan). Die dritte Beobachtuug betrifft einen 35jährigen Arzt, welcher seit 15 Jahren wegen Neuralgieen Morphium und seit 2 Jahren Cocaïn in steigenden Dosen bis zu 2 Gramm täglich nahm. Auch hier traten Gesichts- und Gehörshallucinationen, leichte Analgesie, Gefühl von Fremdkörpern unter der Haut auf" (Holtermann, Centrbl. f. Nervenheilk. etc. 1889, Nr. 14).

Was das Eintreten der Tachykardie anbetrifft, so bemerkt Magnan dazu, dass die Innervationsstörungen des Herzens den acuten Wirkungen des Cocaïns zukommen, während sie bei der chronischen Vergiftung fehlen.

Leichte Vergiftungserscheinungen auch nach kleinen Dosen sind nicht selten. Andrerseits werden oft grosse Dosen ohne üble Einwirkung auf das Allgemeinbefinden ertragen. Die leichten Vergiftungserscheinungen: Blässe, kalter Schweiss, Schwindel, Taumeln, Angstgefühl, Uebelkeit, vermehrte Pulsfrequenz schwinden nach Inhalation von Amylnitrit schnell. Einmal trat nach Injection von 0,008 Gramm Cocaïn bei einem kräftigen jungen Mädchen zu diesen Symptomen noch Schlaflosigkeit in der folgenden Nacht hinzu.

Beispiel 4. (Beobachtuug Hänel's). Bei eiuem 19jährigen kräftigeu, etwas chlorotischen Mädchen, das heftiger Zahnschmerzen wegen zwei Tage vorher nichts genossen und zwei Nächte nicht geschlafen hatte, traten, nachdem 0,1125 Cocaïn unter das Zahnfleisch in zwei Portionen injicirt waren, und der Zahn schmerzlos extrahirt war, Blässe und heftige, von kurzen Pauseu uuterbrochene Convulsionen auf. Amylnitrit und Kälteapplicationen auf den Kopf bewirkten keine Besserung. Patieutin war völlig bewusstlos, reactionslos, mit leicht cyanotischem Gesicht. Die klonischen Krämpfe, welche den ganzen Körper und die Extremitäten, nicht aber die Gesichtsmuskulatur befielen, dauerten fünf Stunden an. Die Pupillen waren mässig weit, reactionslos, kein Exophthalmus. Die Haut war warm, die Temperatur au der Achselhöhle am Ende des Anfalles 38,2; der Puls war anfänglich nicht zu zählen, später 176 Schläge in der Minute. Die Athemfrequenz betrug 44. Nach Aufhören der Krämpfe lag Patientin noch zwei Stunden ruhig mit fortdauernder Bewusstlosigkeit da. Zu sich gekommen, gab sie an, die zweite Cocaïninjection noch bei vollem Bewusstsein empfangen zu haben, dann wisse sie von nichts mehr; sie konute weder aufstehen, noch sich bewegen, hatte intensive Lichtscheu, verminderte Sensibilität der Haut, Anästhesie der Schleimhäute der Nase und Mundhöhle, völligen Verlust des Geruchs und Geschmacks, Trockenheit und Brenneu im Halse, Durst, heftiges Würgen, Puls 132, Respiration 28. In den nächsten Tagen trat starke Kardialgie auf, Harnverhaltung während 24 Stunden, Schlaflosigkeit während vier Tagen. Die übrigen Erscheinungeu schwanden nach zwei bis drei Tagen, die Kardialgie blieb sechs Tage bestehen. Erst nach 40 Stunden konnte Patientin mit zitternden Knieen gehen. Dauernde Folgen haben sich nicht gezeigt. Vorher war das Mädchen ganz gesund, au Krämpfeu behauptete sie, nie gelitten zu haben. Die inneren Organe waren alle intact.

Vier Fälle von Cocaïndelirien durch Einspritzen in die Urethra und subcutan hat Chalmers da Costa beobachtet. Die vier Individuen waren wegen Harnröhrenstrictur resp. Phimose in chirurgischer Behandlung, und da die nothwendigen Manipulationen zu schmerzhaft empfunden wurden, so wurde locale Anästhesirung durch Einspritzung in die Urethra resp. durch subcutane Injection in das Präputium beabsichtigt. Die subcutan gegebene Dosis betrug ca. 0,025 g Cocaïn, die in die Urethra eingespritzten Mengen betrugen 0,075, 0,025 und 0,072 g.

Beispiel 5. „Im ersten Fall, bei einem Potator, trat nach 15 Minuten plötzlich mit Bewusstlosigkeit und sich schnell anschliessenden hystero-epileptischen Convulsionen ein tetanoformer Zustand ein, welchem ein wirres und heftiges Delirium mit Declamationen, Drohungen und Bewegungsdrang auf die Dauer von 20 Minuten folgte. Dann Aufklärung und nach einigen Stunden volle Wiederherstellung.

Beispiel 6. Im zweiten Falle brach unmittelbar nach der Einspritzung ein schwerer Collaps mit Bewusstlosigkeit, kaum fühlbarem Puls, totaler Anästhesie, Verlust der Pupillenreaction und des Conjunctivalreflexes etc. ein, dem sich nach einigen Minuten Convulsionen und dann ein sehr lebhaftes Delirium mit anscheinend subjectiv angenehmen Hallucinationen anschlossen. Unter allmählicher Aufklärung entwickelte sich ein lebhafter Rededrang, in welchem Patient in poetisch gehobener Stimmung und mit philosophisch gefärbter Causerie Gedichte vortrug, Reden hielt etc. Nach einer Stunde trat Schlaf ein, aus dem Patient nach zwei Stunden angegriffen und mit schwerem Kopfe erwachte. Er erinnerte sich etwas unklar an seinen „dichterischen Traum", wie er „den sorgenfreien, glücklichen Zustand" selbst nannte, und den er als ganz übereinstimmend mit ähnlichen Zuständen, die er nach Haschischintoxikationen selbst erlebt hatte, beschrieb. Patient war auch sehr starker Trinker, und erlitt, als er später einmal auf eigene Hand mit Cocaïneinspritzung experimentirte, wieder einen Collaps und dann einen Erregungszustand, der aber von subjectiv unangenehmen Erscheinungen begleitet war.

Beispiel 7. Der dritte Fall betraf den Bruder des eben erwähnten Individuums, der ebenfalls Potator war. 5 Minuten nach der Injection verfiel er in einen plötzlichen Collaps, dem sich ein heftiger Perturbationszustand mit Gesichtshallucinationen und unklarer Angst anschloss. Nach längerem Widerstreben in's Bett gebracht, schlief er endlich ein und erwachte am anderen Morgen in gedrückter, reuevoller Stimmung, ohne klare Erinnerung an den ganzen Vorgang.

Beispiel 8. Der Patient des letzten Falles, ein Telegraphenbeamter, fing 5 Minuten nach der Injection plötzlich an, mit der rechten Hand die gewohnten Telegraphirbewegungen zu machen, und schien den vor sich hin gesprochenen Inhalt eines sich anschliessenden Deliriums in alle Welt zu telegraphiren. Nach 10 Minuten erfolgte Aufklärung ohne Erinnerung an das Vorgefallene" (Sommer, Centrlbl. f. Neur. 1889, Nr. 21).

DRITTES CAPITEL.

Irreseinszustände nach anderen therapeutischen Stoffen.

I. Chloralmissbrauch.[1]

§. 434.

Auch Chloral kann, obgleich die Gewöhnung nicht so schnell und nicht so häufig wie an Morphium eintritt, nach missbräuchlich lange fortgesetzter Anwendung eine Sucht wie nach Alkohol und Opium hervorrufen und zu starker Beeinträchtigung des Willens und sittlicher Entartung führen. Es entsteht eine grössere Abnahme der Geisteskräfte und durch die zum Bewusstsein gelangende Herabsetzung der

[1]) Cf. Rehm: Chronischer Chloralmissbrauch. Arch. f. Psych. XVII. H. 1. 1886. — Obersteiner: Die Intoxikationspsychosen. Wiener Klinik 1886. H. 2. — Buch 2, Aetiologie §. 422, 2.

Lebensenergie eine tiefe Niedergeschlagenheit mit Beängstigung und hypochondrischen Empfindungen in der Herzgrube. Zwangsvorstellungen können nach Chloralmissbrauch intensiver auftreten. Hysterische und Neurasthenische werden nach Chloral unruhiger, erregter und zeigen heftige Angstzustände, die sich bis zur Benommenheit und zum Delirium mit Hallucinationen steigern können. Bei einer Entziehungskur beobachtete Kirn eine ausgebildete Hallucinose.

Unter den somatischen Störungen sind ausser der Unfähigkeit zum Schlaf die vasoparalytischen hervorzuheben, besonders der Kopf- und Halsganglieen, die Neigung zu Rash, Ikterus, sodann Intestinalstörungen und Appetitlosigkeit, wahrscheinlich, wie die Experimente von Barcsi zeigen, durch die verderbliche Wirkung des Chlorals auf den Verdauungstractus hervorgerufen. Ferner zeigen sich mannigfache Hautaffectionen (Erytheme, Ekzeme, Gangräne), Degeneration der Nägel, schliesslich allgemeine Unruhe und Schmerzen in den Gliedern. Seltener sind Entzündungen der Schleimhäute, des Mundes und des Rachens, Diarrhöe, Bulimie bei starker Abmagerung, Harnverhaltung, auffallende Beschleunigung oder Verlangsamung des Pulses, Tremor, epileptische Krämpfe, Lähmungen der unteren, bisweilen aller Extremitäten beobachtet worden.

II. Psychose nach Sulfonal-Intoxikation.

§. 435.

Entgegen den Mittheilungen Schmey's und in Uebereinstimmung mit G. Müller fand Bornemann,[1] dass, trotz intensiver Intoxikationsstörungen, das Sulfonal weder auf Herz und Gefässsystem, noch auf Respiration und Verdauung einen ungünstigen Einfluss ausübte. Die psychischen Störungen nach Vergiftung durch Sulfonal bestanden neben vorübergehender Bewusstseinstrübung in Illusionen, reflectorisch hervorgerufen durch coordinatorische Ataxie in den Extremitäten. Diese Ataxie ist nach Mendel (Berl. klin. Wochenschr. 1887, Nr. 41) als centrale anzusehen und bleibt unverändert ob mit geschlossenen oder geöffneten Augen manipulirt wird.

Beispiel (Bornemann). Patient war infolge heftiger, allgemeiner Kopfschmerzen, welche monatlich 1 bis 2 mal in unerträglichen Anfällen von mehrtägiger Dauer eintraten, dem Morphinismus verfallen. Im Verlauf einer nach wiederholten Rückfällen eingeleiteten Entziehungskur erhielt Pat. an drei auf einander folgenden Tagen steigende Dosen von 2, 3 und 4 g Sulfonal und wusste sich zur letzten Dosis noch 2 g

[1]) Cf. C. Bornemann: Ein Fall von Sulfonalintoxikation. Deutsch. Med.-Zeitung 1888. N. 95. p. 1131.

des Mittels zu verschaffen. Sobald Pat. das Bett verlässt, taumelt er, stürzt zu Boden, greift beim Fassen nach einem Gegenstande vorbei und wirft ihn um. Diese Ataxie der unteren und oberen Extremitäten steigert sich, sodass Pat., unfähig zu gehen, im Bett bleiben muss. Auch in der Ruhelage glaubt Pat., in beständiger, schwankender Bewegung zu sein, und sich auf einem Schiff zu befinden; dann wieder hat er die Illusion, im Eisenbahnwagen zu sitzen, und klagt, er habe das Gefühl, zwei Köpfe und zwei rechte Arme zu haben, und er sehe die Gegenstände doppelt. Vorübergehend verkennt Pat. den Arzt, glaubt fremde Personen im Zimmer zu sehen und wird ängstlich erregt, „weil Alles um ihn herum zusammenstürze". Innerhalb einer Woche verlieren sich die Intoxikationserscheinungen, es verschwinden die psychischen Alterationen und die Ataxie zuerst in den oberen, endlich auch in den unteren Extremitäten. Bornemann macht noch darauf aufmerksam, dass trotzdem Pat. Arzt war, derselbe nicht auf den Gedanken einer Vergiftung kam, ja Sulfonal weiter verlangte.

III. Ueber psychotische Erscheinungen bei Vergiftungen mit Secale cornutum, Brom und Jodoform

vgl. Buch 2, Aetiologie §. 422. 2.

Auch nach Vergiftungen mit Salicyl, Carbol und Chinin sind Irreseinszustände beobachtet worden, doch würde deren ausführliche Darstellung hier zu weit führen. Sie tragen meistentheils hallucinatorischen Charakter an sich.

VIERTES CAPITEL.

Irreseinszustände nach Kohlenoxydgas-Intoxikation.[1]

§. 436.

Bei Kohlenoxydgas-Vergiftung sind Störungen des Allgemeingefühls, wie allgemeine Kraftlosigkeit und Ermüdung, Frösteln, Unsicherheit beim Gehen und Stehen, Gefühl von dumpfer Schwere im Kopfe, Flimmern vor den Augen und Ohrensausen hervorstechende Symptome; ferner kommt es zu Störungen im motorischen und sensiblen Gebiet, z. B. zu Lähmungen, die jedoch meist wohl durch pathologisch-anatomische Befunde im centralen oder peripherischen Nervensystem bedingt sind.

[1] Cf. Pölcher: Zur Aetiologie der Gehirnerweichung nach Kohlendunstvergiftung nebst einigen Bemerkungen zur Hirnquetschung. Virchow's Archiv CXII, 1. — Becker: Ueber Nachkrankheiten der Kohlenoxydgasvergiftung, speciell über einen unter dem Bilde der multiplen disseminirten Sklerose des Centralnervensystems verlaufenen Fall. — Siehe auch Buch 2, Aetiologie, §. 242, 4.

Eine vollkommene Geistesstörung kann sich entweder an die primäre Bewusstseinstrübung anschliessen, oder sie beginnt erst eine Woche und länger, nachdem die Vergiftungssymptome verschwunden sind. Die ersten Fälle sind die günstigeren und verlaufen meist als transitorische Manie, in den letzteren entwickelt sich ein Stuporzustand, der gewöhnlich in Blödsinn endet. Manchmal folgt auf eine CO-Intoxikation keine eigentliche Geistesstörung, aber die Betroffenen tragen einen geistigen Defect (Schwäche des Gedächtnisses und des Auffassungsvermögens) davon. Bei zur Section gekommenen Fällen hat man häufig beträchtliche Erweiterung und Schlängelung der Gehirngefässe (Disposition zu Apoplexie) und cerebrale Erweichungsheerde gefunden (Obersteiner l. c.). Cf. auch Buch 2, Aetiologie, §. 242, 4.

Beispiel 1. Ein 13jähriges Mädchen, das in einer Schule dem Einfluss von Kohlendunst eine Zeit lang ausgesetzt war, wurde infolge dessen unwohl und erlitt ausserdem noch einen epileptischen Anfall. Sie erholte sich wieder, es blieb aber einige Benommenheit des Kopfes und leichtes Magendrücken zurück. Genau zu derselben Zeit, fast um dieselbe Minute des ersten Anfalles traten in achttägigen Pausen und in den darauf folgenden vier Wochen einen Tag früher dieselben Paroxysmen auf. Es handelt sich hier wahrscheinlich um einen Fall schwerer Hysterie bei einem neuropathisch belasteten Mädchen, die durch die Kohlendunstvergiftung zum vollen Ausbruch kam (Ricker).

Beispiel 2. Ein 61jähriger Mann, Potator, wurde infolge von Kohlendunstvergiftung (Tentamen suicidii) bewusstlos in das Hôtel-Dieu gebracht. Er führte fortwährend Beuge- und Streckbewegungen des rechten Armes ziemlich kräftig aus; die Sensibilität der ganzen Haut war abgestumpft, unwillkürliche Stuhlentleerungen fanden statt. Circa drei Tage später kehrten die geistigen Fähigkeiten, zuerst zwar unvollkommen wieder. Die Bewegungen bestanden nur während des Wachens fort und hörten nach drei Tagen allmählich ganz auf. Der rechte Arm besass die Kraft und Empfindung wie der linke (Leuret). Es kann sich in diesem Falle um eine partielle Chorea oder um eine reine Neurose oder um eine rasch vorübergehende materielle Hirnläsion, wie man dies bei der Jackson'schen Epilepsie findet, handeln. Letztere Vermuthung ist die wahrscheinlichste, zumal da nach Kohlenoxyd-Vergiftung pathologisch-anatomische Veränderungen in der Gehirnrinde gefunden sind. Oppolzer sah Idiotismus nach einer Kohlendunstvergiftung entstehen.

Beispiel 3. Nach Kohlenoxydgas-Vergiftung entwickelte sich bei einem 51jährigen Manne in circa drei Wochen allmählich eine Lähmung beider Beine nach vorangegangenen lancinirenden Schmerzen in denselben; schon zwei Tage später bestand eine ausgesprochene totale Paralyse sämmtlicher Extremitäten und des linken Facialis neben hochgradigen Schling- und Sprachstörungen. Bei der Section fand man im Gehirn und Rückenmark keinerlei pathologische Veränderungen, dagegen eine intensive Perineuritis des rechten Ischiadicus. Leuret hält diesen Fall für eine acut aufsteigende Paralyse.

Beispiel 4 ist charakteristisch durch eine umfangreiche und tiefgehende sulzige Infiltration der Weichtheile des rechten Armes und der Schulter, eine vollständige Anästhesie mit spontaner Schmerzempfindung, eine totale motorische Lähmung sämmtlicher Nerven des rechten Armes und das absolute Fehlen der Reflex- und der elektrischen Erregbarkeit, sowohl vom Nerven als vom Muskel aus (Litten).

Beispiel 5. Ein verheiratheter, gesunder, kräftiger Mann bekommt nach einer schweren Kohlenoxydgas-Vergiftung, aus der er nur durch künstliche Respiration und Excitantien mit Mühe in's Leben zurückgebracht wurde, nach Wiederkehr der selbstständigen Athmung, in allen Muskeln des Körpers geringfügige Zuckungen, die sich nach einigen Stunden zu heftigen Krämpfen steigern. Dieselben dauern zwei Tage in ihrer Intensität an und hören erst nach acht Tagen völlig auf; dann erst kehrt das Bewusstsein allmählich wieder; die Erinnerung an das Vorgefallene ist absolut erloschen. Vorübergehend trat Albuminurie und Hemiparesis sinistra auf, ebenso deutlich scandirende Sprache und Tremor bei intendirten Bewegungen. Vier Monate später wurde neben Intentionstremor auch geringes Zittern in der Ruhe beobachtet, ferner langsame, monotone aber nicht mehr scandirende Sprache, Flimmern vor den Augen, Abnahme der Potenz und geringe Herabsetzung der motorischen Kraft, bei normalem elektrischen Befunde (Ebstein).

FÜNFTES CAPITEL.

Irreseinszustände nach Bleivergiftung.[1]

(Encephalopathia saturnina).

§. 437.

I. Allgemeines Bild.

Unter diesem Namen hat Tanquerel des Planches eine Reihe von centralen Affectionen zusammengefasst, die höchst mannigfaltig und variabel sind, von denen die einen in kurzer Zeit ablaufen, die anderen länger persistiren und die mitunter zu einem tödtlichen Ausgange führen. Dieselben können als selbstständige Erkrankungen plötzlich oder allmählich zum Ausbruch kommen oder anderen Affectionen folgen. Treten überhaupt hierbei prodromale Erscheinungen ein, so sind sie denen der gewöhnlichen, sensoriellen Störungen analog. Sie bestehen dann in unsäglichem Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Schlaflosigkeit oder in leichten Störungen des Intellects, des Willens etc.

Ist der eigentliche Encephalopathia-Process zur Entwicklung gekommen, so kann er sich in seinen hervorragenden Symptomen darstellen: a) als Delirium, b) als Koma, c) als Convulsionen.

In der Hälfte aller Fälle vereinigen sich jedoch alle drei oder zwei dieser Symptome, um das Bild der Encephalopathia saturnina zu geben.

II. Aetiologie und Pathogenese.

Ueber die Ursache dieser Krankheit bestehen mehrere Anschauungen. Von der Beobachtung ausgehend, dass kurz vor und

[1]) A. Westphal: Ueber Encephalopathia saturnina. Archiv f. Psych. 1888 XIX. Band. 3. Heft. p. 620 ff. Putnam: Lead Poisoning as a cause of muscular Incoordination. Boston Medical and Surgical Journal 22. December 1888. — Siehe auch Buch 2, Aetiologie, §. 242, 3.

während der epileptischen Anfälle eine beträchtliche Verminderung der Harnausscheidung bestehe, wies Traube auf die Aehnlichkeit dieses Processes mit der urämischen Intoxikation hin. Einige Untersucher wollten hierauf bei der saturninen Eklampsie Eiweiss im Harne gefunden haben, dessen Vorkommen Andere leugnen. Darin stimmen Alle überein, dass Gehirnanämie das ursächliche Moment für die Convulsionen, das Koma etc., sei.

Nach Rosenstein kommt die Anämie dadurch zu Stande, dass das im Gehirn abgelagerte Blei erregend auf die glatten Muskelfasern der kleinen Hirngefässe und Hirncapillaren einwirkt, während Heubel dieselbe auf den ödematösen Zustand und den experimentell nachgewiesenen grösseren Wassergehalt des Gehirns zurückführt, durch welchen eine Compression von Hirncapillaren verständlich wird. Das Oedem entsteht nach ihm durch erhöhten Seitendruck in den Gefässen, infolge der durch das Blei bewirkten Verminderung der Diuresis. Für diejenigen Fälle, in denen weder Gehirnödem noch Anämie nachgewiesen ist, nimmt er als Ursache der Eklampsie ein Zurücktreten von Harnbestandtheilen (Harnstoff, sowie Kalisalzen) in das Blut an.

Entgegen dieser Anschauung sieht Harnak als Ursache der Encephalopathie eine direct erregende Einwirkung des Bleies auf die verschiedenen Hirncentren.

III. Symptomatologie.

1. Das saturnine Delirium ist entweder ruhiger oder furibunder Natur und dauert meist nur einige Tage an. a) In ersterem Falle besteht Ideenflucht: Das gestörte Perceptions- und Denkvermögen giebt sich durch verwirrte Antworten kund, die man auf Fragen erhält. Einige Kranke lachen, andere weinen fortwährend unter Gesichts- und Gehörshallucinationen.

b) Die zweite, die furibunde Form macht sich besonders durch das anfallsweise Auftreten eines tobenden und meist aggressiven Gebahrens der Kranken bemerkbar. Sie schreien, fluchen und sind mit Mühe im Bett oder Zimmer zu halten. Objectiv lässt sich an ihnen ein starker Tremor der Finger und auch Sehnenhüpfen nachweisen.

Beide Formen des Deliriums können abwechselnd auftreten, meist in der Weise, dass dem ruhigen das furibunde folgt. Die Affection endet damit, dass nach einem Wuthanfalle Somnolenz und nach ihr Schlaf eintritt, aus dem der Patient mit einer längere Zeit anhaltenden Schlafsucht erwacht.

2. Das saturnine Koma bietet keine besonderen Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde eines komatösen Zustandes dar; es ent-

steht gewöhnlich nach voraufgegangenen, anderweitigen Bleiaffectionen und dauert 1 bis 2 Tage. Die Kranken liegen mit geschlossenen Augen unbeweglich da, hören nicht auf Anrufen, öffnen nur bei starken Reizen auf Momente die Augen und versinken dann wieder in ihren soporösen Zustand. Derselbe kann in Genesung übergehen oder nach weiterem Auftreten von Delirien oder Convulsionen letal enden.

3. Die saturninen Convulsionen (Epilepsia seu Eklampsia saturnina) treten fast ausschliesslich nur mit einem der beiden vorgenannten Symptome ein und tragen völlig das Gepräge der gewöhnlichen epileptischen oder eklamptischen Zuckungen. Dieselben erscheinen in schneller Aufeinanderfolge und dauern durchschnittlich 5—20 Minuten; sowohl während als nach dem Anfalle ist völlige Bewusstlosigkeit vorhanden. Die Anfälle der saturninen Epilepsie entstehen immer plötzlich, ohne durch eine Aura epileptica eingeleitet zu werden.

IV. Prognose.

Die Prognose hängt meist von der Häufigkeit und der Intensität der epileptischen Anfälle und der Dauer des eintretenden Koma ab. Sie ist um so günstiger, je seltener, kürzer und schwächer die Anfälle sind. Die Mortalität beträgt circa 23%.

Therapie: Nur symptomatisch.

SECHSTES CAPITEL.

Alkoholismus chronicus und acutus.

Litteratur.

Baer: Die Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Vereinsthätigkeit. III. Aufl. Berlin 1884. — Martius: Der Kampf gegen den Alkoholgebrauch, mit besonderer Berücksichtigung des „Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke“. Halle 1884. — Bunge: Die Alkoholfrage. II. Aufl. Leipzig 1887. — Lammers: Erhöhung der Kraft in Menschen und Völkern. Volkswirthschaftliche Zeitfragen, Heft 70. Berlin 1887. — Branntwein- und Kaffeeschenken. Berlin 1882. — Zürich, Verhandlungen der II. internationalen Versammlung gegen den Missbrauch geistiger Getränke 1887. — Spinola: Die Alkoholfrage auf dem hygienischen Congress zu Wien. — Sonderegger: Vox populi, vox dei. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 22. 1885. — Nencki: Die Alkoholfrage. Bern 1884. — Sell: Ueber Branntwein, seine Darstellung und Beschaffenheit im Hinblick auf seinen Gehalt an Verunreinigungen. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte, Band IV. — Sollier: Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme. Paris 1889. — Kovalewsky: Ivrognerie, ses causes et son traitement. Charkow 1889. — v. Krafft-Ebing: Der Alkoholismus chronicus und seine Complicationen. Psychiatrie p. 590—624. — Salgó: Compendium p. 240—258. — Arndt: Lehrbuch p. 406—410 u. 555. — Meynert: Klin. Vorlesungen p. 31, 125, 166, 250, 257. — Schüle: Klin. Psychiatrie p. 401—425. — Savage-Knecht: Irresein infolge von Alkoholismus und chronischen

Vergiftungen. Geisteskrankheiten p. 503—513. — Kraepolin: Der Alkoholismus. Psychiatrie p. 418—432. — Mendel: Artikel Delirium tremens in Eulenburg's Real-Encyklopädie. — Braun: Intoxikation durch Alkohol. Alkoholismus acutus und chronicus. Handbuch der Intoxikationen, in v. Ziemssen's Handbuch d. spec. Pathol. und Therapie Bd. 15. Leipzig 1876. — Meynert: Delirium tremens. Vortrag in der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien, 10. Januar 1890. Wiener klin. Wochenschr. 1890, No. 6. — Baer: Der Alkoholismus etc. Berlin 1878. — Huss: Alkoholismus chronicus. Stockholm und Leipzig 1852. — Gauster: Zur Frage der Trinker-Asyle. Jahrb. für Psych. 1889, VIII. 3. p. 333—341. — Sommer: Die Trunksucht und deren schädliche Folgen für das Gehirn und das Nervensystem. Königsberg 1888. — Ueber Eau de Cologne als spirituoses Getränk. Quarterly Journal of Inebriety 1889, XI. p. 271. — Forel: Zur Therapie des Alkoholismus. Centralbl. f. Neur. 1888, Nr. 13. — Schaffer: Ein Fall von Alkoholparalyse mit centralem Befunde. Centralbl. f. Neur. 1889, Nr. 6, p. 156—159. — Thomsen: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der acuten, completten (alkoholischen) Augenmuskellähmung (Polioencephalitis acuta superior — Wernicke). Arch. f. Psych. 1888, IX. 1. — Mõtet und Vetault: Bericht über die Verantwortlichkeit der Alkoholiker. Progr. méd. 1889, No. 35. — Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'Alcoolisme. Progr. méd. Nr. 31 u. 32. — Tiling: Ueber die bei der alkoholistischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. XLVI. H. 2. p. 233. — Lagrange: Der Grössenwahn bei den Alkoholikern und seine Bedeutung bezüglich der Prognose. Annales méd.-psych. 1888. Nvbr. — Mosler: Ueber Alkoholmissbrauch. Deutsche med. Wochenschr. No. 47. — Dagonet: Du rêve et du délire alcoolique. Annales méd.-psych. Sept. u. Novbr. 1889. — Crothers: Alcoholic trance in criminal cases. Medic. Rec. 6. Juli 1889. — idem: Should inebriates be punished by death for crime. Med. Record 20. Octobr. 1888.

Einleitung.

§. 438.

Der Alkohol ist als ein Gift zu betrachten, welches, wenn es missbräuchlich genossen wird, eine der schwersten Krankheiten herbeiführt, den chronischen Alkoholismus. — Englische Aerzte stehen auf dem Standpunkte, dass die Hälfte aller Erkrankungen durch Alkohol verursacht sei. Bei der Mehrzahl aller acuten Krankheiten, nicht allein bei der Lungenentzündung, bedingt die so häufige Complication mit Alkoholismus ein völlig verändertes Krankheitsbild mit schlimmen Erscheinungen. Die Gefahr des Collapses mit darauffolgender Herzlähmung ist stets vorhanden. Auch die Nieren werden, da sie durch Alkoholmissbrauch geschwächt sind, mehr afficirt, wenn der Organismus z. B. von Lungenentzündung, Typhus, Scharlach befallen wird. Am meisten in die Augen fallend ist die Mannigfaltigkeit der durch Alkoholmissbrauch herbeigeführten Nervenkrankheiten, vom Tremor alkoholicus sowie von der alkoholischen Paraplegie und Ataxie an bis zur ausgebrochenen Vesanie. An das Laster der Trunksucht schliesst sich bald die ausgesprochene Krankheit an, ohne dass eine genaue Grenze zwischen beiden festgesetzt werden könnte. Bei 20—40% der Geisteskranken in den civilisirten

Staaten ist nach Mierzejewski die Ursache der Erkrankung Alkoholismus. Bedeutender noch ist die Alkoholfrage vom hygienischen Standpunkt aus und bildet einen wichtigen Theil der socialen Fragen. In England sind 75 %, in Genf und Paris 80 %, in Deutschland 90 % der auf öffentliche Unterstützung angewiesenen Familien durch Trunksucht des Familienoberhauptes verarmt. In den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika hat in den Jahren von 1860—70 der Consum von Spirituosen eine directe Ausgabe von 3 Milliarden, eine indirecte von 600 Millionen Dollar der Nation auferlegt, 300 000 Menschenleben vernichtet, 100 000 Kinder in die Armenhäuser geschickt, mindestens 150 000 Menschen in Gefängnisse und Arbeitshäuser gebracht, wenigstens 2000 Selbstmorde, den Verlust von wenigstens 10 Millionen Dollar durch Feuer und Gewalt verursacht, 20 000 Wittwen und eine Million Waisen gemacht Für die meisten europäischen Staaten würde die Statistik noch ungünstiger ausfallen. Als wesentliche Ursache der Zunahme der Trunksucht und deren Folgen erkannte der in Wien im Oktober 1887 abgehaltene internationale Congress den niedrigen Preis des Branntweins, die übergrosse Zahl der Schnapsverkaufsstellen, die grosse Unreinheit des Trinkschnapses und endlich, wenigstens in vielen Ländern und Landestheilen, die sehr dürftige materielle und geistige Lage der niederen Volksschichten.

Die deutsche Reichsregierung hat zur Bekämpfung der Branntweinpest unter anderen folgende Thesen aufgestellt:

1. Die Ursachen dieses gemeingefährlichen Uebels sind überall zu ermitteln, und es ist ihnen von Seiten des Staates und der Gesellschaft gemeinsam entgegen zu treten.

2. Die private Thätigkeit kann diesen Zweck fördern durch Belehrung und Aufklärung über Werth und Schädlichkeit des Alkohols (Mässigkeits- und Enthaltsamkeitsvereine) und Beschaffung billiger und guter Ersatzmittel für Spirituosen durch Einrichtung von Volkskaffee- und Theehäusern, durch Beschaffung gesunder und billiger Nahrungsmittel und Arbeiterwohnungen, Volksküchen, Sparkassen etc., durch Einrichtung von Trinkerasylen.

3. Der Staat kann wesentlich wirken durch Vertheuerung des zum Consum gelangenden Branntweines und mässige Besteuerung der minder alkoholhaltigen Getränke, durch Verminderung der Branntweinverkaufsstellen (strengen Bedürfnissnachweis), durch Festsetzung der Polizeistunde, durch wirksame Beaufsichtigung der Schankstellen und Entfuselung des zum Genusse bestimmten Branntweines, durch Bestrafung der die Trunksucht begünstigenden Schankwirthe, durch Bestrafung der öffentlichen Trunkenheit, durch zwangsweise Unterbringung der Gewohnheitstrinker in eigens eingerichteten, staatlichen Anstalten.

4. Es ist zweckmässig, dass die in öffentlichen Krankenhäusern und Irrenanstalten behandelten und zur Entlassung kommenden Alkoholisten noch eine Zeit lang in einer besonderen, zu diesem Zweck errichteten Abtheilung verbleiben können, damit sie, körperlich und geistig gekräftigt, gegen den Alkoholreiz widerstandsfähiger werden.

5. Ein ausgiebiger Erfolg der Bekämpfung des Alkoholismus ist nur dann zu erwarten, wenn die nothwendigen Maassregeln gleichzeitig, andauernd und genau in einander greifend zur Anwendung kommen.

Zur Bekämpfung des übermässigen Branntweingenusses und der durch denselben verursachten Schäden bildeten sich vor einiger Zeit verschiedene Vereine. Am bedeutendsten ist der am 21. September 1877 in Genf vom Pfarrer Rochat gegründete „Schweizerische Verein des blauen Kreuzes“, welcher auf Grundlage gänzlicher Enthaltsamkeit aller berauschenden Getränke basirt; derselbe zerfällt jetzt in einen schweizerischen, deutschen, französischen u. s. w. Zweigverein. Am 29. März 1883 wurde der „Deutsche Verein gegen Missbrauch geistiger Getränke“ mit dem Sitz in Bremen in's Leben gerufen.

Gesetzgebung und Vereinsthätigkeit bewirkten in Schweden und Norwegen, dass der Branntweinconsum, der vor 50 Jahren in Schweden pro Kopf 54 Liter jährlich betrug, jetzt auf 8 Liter, in Norwegen von 16 auf $3^1/_2$ Liter pro Kopf und Jahr gesunken ist. Dies ist nach Baer der beste Beweis, dass ein kaltes, nördliches Klima einen reichlicheren Genuss alkoholischer Getränke nicht bedingt. In Stockholm haben sich die Fälle von Delirium tremens um 50 % gemindert, seitdem zehnfach gereinigter Branntwein in den Verkehr gebracht wird.

Der Alkohol selbst übt viel weniger schädliche Einflüsse aus als die demselben beigemischten Stoffe und Fuselöle. Das Reichsgesundheitsamt hat daher Aufklärung über die chemische Beschaffenheit des von den breitesten Schichten der deutschen Bevölkerung genossenen Branntweins in Bezug auf seinen Gehalt an Fuselöl gegeben: Die aus Süddeutschland bezogenen Branntweine waren an Alkoholgehalt nicht so stark als die aus Norddeutschland. Ganz fuselfrei waren von 265 Schnapsproben nur 33, darunter 4 Proben aus Nordhausen.

Was die Beschränkung der Schankstellen betrifft, so hat der Trunk in Frankreich erheblich zugenommen seit Aufhebung des 1851 eingeführten Schankgesetzes, welches dem Präfecten das Recht einräumte, die Schankstätten zu unterdrücken und die Concession zurückzunehmen. In England bestimmt nach dem Local-Optionsgesetz jede Gemeinde alljährlich, ob überhaupt Schankstätten in der Gemeinde und wie viele vorhanden sein sollen.

Gewohnheitsgemässe Trunksucht führt in vielen Fällen zu Geisteskrankheit und Verschwendung und veranlasst somit schon Entmündigung.

In den meisten Fällen genügen aber die Voraussetzungen für die gerichtliche Entziehung der Geschäftsfähigkeit, vor Allem der Gewalt über andere Personen, nicht. Die Angehörigen des Trunkenboldes zu schützen, ist eine unabweisbare Pflicht des Staates.

Die Möglichkeit der Heilung der Trunksucht beruht vielfach auf der Zulässigkeit der Beschränkung in der persönlichen Verfügungsfreiheit. Die Trinkerasyle können nur dann Erfolge erzielen, wenn sie ihre Pfleglinge, so lange als erforderlich, auch gegen ihren Willen zurückhalten. (Auch die Armenpflege muss aus dem Zustande der Wehrlosigkeit befreit werden, in welcher sie sich den Trunkenbolden gegenüber befindet.)

Der 1888 in Stettin abgehaltene Juristentag hat die Frage, ob zu den bisher geltenden Entmündigungsgründen als dritter und neuer die gewohnheitsgemässe Trunksucht hinzukommen soll, entschieden bejaht. In der 1888iger Jahresversammlung des deutschen Vereins gegen Missbrauch geistiger Getränke hat Miquel mit aller Bestimmtheit zum ersten Male ein Reichsgesetz zur Bekämpfung des übermässigen Genusses von geistigen Getränken und dessen Folgen verlangt. Dasselbe müsste seiner Meinung nach ein Specialgesetz sein. Holland, Amerika, Norwegen, Schweden, die Schweiz haben schon längst Zwangsgesetze gegen das übermässige Trinken.

Der bis in die breitesten Volksschichten gelangte Schnapsgenuss muss als eine Krankheit aufgefasst werden. Es ist eine endemische und epidemische Krankheit für unser Volk, eine pandemische Seuche für die ganze Menschheit. Die Bekämpfung derselben ist eine der würdigsten Aufgaben für die Gesammtheit der Aerzte aller Länder. In ärztlichen Vereinen ist darauf zu dringen, dass die in Aussicht genommenen Maassregeln Gesetzeskraft erlangen. Die schweizerischen Aerzte gehen darin mit leuchtendem Beispiel voran

I. Aetiologie.

§. 439.

Bei der Frage nach der Aetiologie des Alkoholismus spielt die Erblichkeit eine grosse Rolle. Von 350 Familien, in denen Alkoholismus nachgewiesen werden konnte, war nach Sollier Heredität nicht nachzuweisen in 209 Fällen = 59,71 % und nachzuweisen in 141 Fällen = 40,29 %. Von den letzteren war die Heredität gleichnamig, d. h. in der Ascendenz war ebenfalls Alkoholismus in 106 Fällen, ungleichnamig, d. h. es waren schwere Erkrankungen des Centralnervensystems (Epilepsie, Paralyse etc.) nachweisbar in 35 Fällen. Unter 300 blödsinnigen Kindern waren 145, deren Eltern Potatoren waren.

Mairet theilt folgende Versuche mit: Mit einer gesunden Hündin zeugte ein chronisch mit Alkohol vergifteter Hund 12 Junge, von denen 2 todt geboren wurden, die übrigen innerhalb 65 Tagen sämmtlich zu Grunde gingen. Eine kräftige Hündin wurde während der letzten 3 Wochen ihrer Tragezeit acut mit Alkohol vergiftet. Sie gebar 5 todte und 3 lebendige Junge; von den letzteren waren 2 körperlich gut entwickelt, jedoch wenig intelligent, das dritte, eine Hündin, zeigte deutliche körperliche und intellectuelle Defecte. Dieselbe Hündin wurde mit einem gesunden Hunde zusammengebracht. Sie gebar drei lebendige Junge, von denen eins sehr zahlreiche Hemmungsbildungen darbot, das zweite ging an Offenbleiben des Ductus Botalli zu Grunde, das dritte wurde von Atrophie der Hinterstränge befallen.

Sollier theilt die Alkoholisten ein: 1. in Hereditarier, unter denen die Dipsomanen periodisch und die Alkoholisten dauernd an Intoxikation leiden, und 2. in nicht hereditär disponirte Alkoholisten. Die hereditären Alkoholisten scheinen mehr zum Alkoholdelirium geneigt zu sein als die nicht hereditär Veranlagten.

Alkoholmissbrauch beeinflusst entweder unmittelbar das Nervengewebe oder zunächst die wichtigsten Absonderungs- und Ausscheidungsorgane, stört dadurch die Reinigung des Blutes und verhindert damit eine angemessene Ernährung des Gehirns. Daher kann Alkoholmissbrauch entweder eine prädisponirende oder eine auslösende Ursache von Geistesstörungen bilden. Mannigfache Formen von Geistesstörung werden durch Trinken erzeugt, doch giebt es auch bestimmte Symptome, die mit der Alkoholvergiftung des Nervensystems zusammenhängen. Trunksucht kommt bei Hypochondern mit Mangel an Esslust vor, es kann eine Theilerscheinung des Verlustes der Herrschaft über die Begierden bei allgemeiner Paralyse sein, es kann sich aus den Schwangerschaftsgelüsten entwickeln oder ein Symptom des Unbehagens im Klimakterium sein. Endlich kann Trunksucht unmittelbar vererbt werden oder eine Folge erblicher neuropathischer Belastung sein. Mitunter wird aber die Trunksucht als die Ursache von Geisteskrankheit angeschuldigt, wo sie schon das erste Symptom derselben ist.

Die Wirkung der Getränke richtet sich nach ihrer Art. Der behäbige Biertrinker unterscheidet sich von dem sentimentalen Champagnerzecher und von dem wüthenden, oft deprimirten Schnapssäufer. Der Absynth ruft leichter Krampfanfälle hervor. Die rapide Zunahme des Eau-de-Cologne-Consums, besonders in den Grossstädten Europas und in den Vereinigten Staaten hat die Aufmerksamkeit der Freunde der Volkswohlfahrt auf sich gezogen. Es sind namentlich Damen besserer Stände, die jenes „Alkoholische Parfum“, das aus rectificirtem Spiritus mit mannigfachen, aber minimalen Zusätzen ätherischer Oele besteht und welches überall, ohne irgend welches Aufsehen zu erregen, gekauft werden kann, als Stimulans benutzen. Sie fangen meistens mit einigen

Tropfen bei einer „Anwandlung von Schwäche“ etc. an und steigen allmählich mit der Dosis, bis sie als zweifellose Potatoren zu betrachten sind. Derartige Personen werden durch eine unvorsichtige Verordnung von Morphium, Cocaïn, Chloral etc. sehr leicht diesen Giften in die Arme getrieben werden, wie andrerseits Morphinisten etc. nicht selten nebenbei Eau-de-Cologne trinken, um sich ohne gleichzeitige Steigerung der Morphiumdosis in höherem Maasse zu stimuliren. Nimmt man bei einem Morphinisten oder Alkoholisten in der Abgewöhnungszeit oder später einen irgend wie auffälligen Consum von Eau-de-Cologne wahr, so kann man ganz sicher sein, dass dieses Parfum hauptsächlich seines Alkoholgehaltes wegen verwendet wird. In Krankenanstalten, Trinkerasylen und dergl. muss daher sein Gebrauch sorgfältigst controlirt werden. Der Eau-de-Cologne-Alkoholismus gleicht dem gewöhnlichen Krankheitsbilde; doch sollen die Ernährungsstörungen, schwere Schlaflosigkeit und Delirium tremens noch häufiger als bei letzterem sein, besonders wenn, wie in den Vereinigten Staaten, sehr unreiner Alkohol zur Fabrikation verwendet wird.

II. Pathologische Anatomie.

§. 440.

Als pathologisch-anatomische Veränderungen findet man bei chronischem Alkoholismus: chronische, entzündliche Veränderungen an den Meningen, atrophische Processe der Hirnrinde, bedingt durch fluxionäre und Stauungsvorgänge in den Ventrikeln und den Lymphbahnen des Gehirns und seiner Hüllen.

Als Folgen oder Complicationen ergeben sich Anomalieen der Blutvertheilung (Hyperämie, Anämie), Hydrocephalus externus und internus, Hyperostosis Cranii und Pachymeningitis, Arteriosklerosis, Herzhypertrophie, Fettherz, chronischer Magenkatarrh, Leber- und Nierenentartung. Die organischen Veränderungen im Centralorgan und in seinen Hüllen sind Ausgangserscheinungen und Residuen ursprünglich nutritiver Störungen der Hirnrinde.

III. Allgemeine Nosologie.

§. 441.

Was speciell die Störungen und schädlichen Folgen für das Gehirn und das Nervensystem betrifft, welche die Trunksucht mit sich bringt, so ist zuerst die Herabsetzung des Gefässtonus zu erwähnen. Sowohl durch die Aufnahme des Getränkes, als durch die vermehrte Herzthätigkeit tritt eine stärkere Füllung der kleinen Gefässe ein, mit dauernder

Dilatation derselben. Auf diese Weise kommt es in den Centralorganen zu einer Beschränkung der perivasculären Lympfräume, zu einer Störung in den Lympfbahnen des Gehirns und der Nerven. Mit der Anhäufung des Alkohols resp. der Zersetzungsproducte desselben im Gehirn stellt sich zuerst eine gesteigerte und dann eine herabgesetzte Functionirung desselben ein, mit allen Erscheinungen des Rauschzustandes. In forensischer Beziehung ist die verschiedene Qualität des Rausches bei den einzelnen Individuen, bei normalen und bei pathologischen, bei neurasthenischen, psychisch belasteten und bei geisteskranken von sehr grosser Bedeutung, besonders aber bei habituellen Trinkern, nach einem häufig nur unbedeutenden Alkoholexcess, ein eigenthümlicher Dämmerzustand, dem epileptischen vergleichbar, mit tiefer Bewusstseinsstörung von kurzer Dauer und meist mit vollständiger Amnesie. — Im Stadium des chronischen Alkoholismus treten die Affectionen des Nervensystems am meisten in die Erscheinung, und hier zeigt sich die auffallende Thatsache, dass die psychisch erkrankten Säufer meistens von nervösen Affectionen auf alkoholischer Basis frei zu bleiben pflegen, und dass Alkoholisten mit nervösen Symptomen selten von chronischen Psychosen, dagegen mehr von acuteren Irreseinszuständen, wie Delirium tremens befallen werden.

Als das wesentlichste Merkmal der specifischen Psychose ist die Veränderung der ethischen Individualität anzusehen, die zunehmende Willensschwäche, der Mangel an Selbstbeherrschung, der innere Zerfall, welcher meist zum Selbstmorde treibt. Sehr geringer Schlaf mit schreckhaften Träumen ist ferner ein wichtiges Symptom; spätere Erscheinungen sind Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens mit fortschreitender Geistesabstumpfung bis zur Verblödung.

Ausser anderen Alkoholpsychosen sind für den chronischen Alkoholismus noch das Delirium tremens und die Epilepsie specifische Erscheinungen. Wohl die Mehrzahl aller Individuen, welche in den dreissiger Jahren und späterhin an epileptischen Krämpfen erkranken, dürfte ihr Leiden dem Potatorium verdanken.

Unter den durch Abusus spirituosorum bedingten Affectionen der Nerven sind die Functionsstörungen der motorischen (Tremor alkoholicus, Zittern und Zucken einzelner Muskeln, ataktische Störungen, Lähmungserscheinungen), der sensorischen (Hyper-, An- und Parästhesieen, Störungen an der Retina etc.) sowie der trophischen und vasomotorischen Nerven (Erkrankungen der Haut) zu erwähnen. Allen diesen Störungen liegt ein und dieselbe Ursache zu Grunde, eine chronische Neuritis, die sich schleichend aus interstitiellen, hyperämischen Zuständen und langsamer Bindegewebswucherung entwickelt und zur Degeneration und Atrophie der Nervengebilde führt. Die alkoholische, multiple Neuritis

ist nicht als ausschliesslich peripherische Affection, sondern als eine Erkrankung der peripherischen Nerven und des Gehirnes anzusehen. Eine Rückenmarkserkrankung ist bei derselben noch nicht nachgewiesen, muss jedoch als wahrscheinlich gelten (cf. §. 456). Die Prognose der genannten psychischen Störungen ist insofern nicht günstig, als sie meist einen Defect des Gedächtnisses hinterlassen. Die alkoholische multiple Neuritis lässt bei der leichten Regenerationsfähigkeit der erkrankten Nerven eine günstige Prognose zu, wenn es gelingt, den Alkoholmissbrauch zu beseitigen.

IV. Specielle Symptomatologie.

Fortgesetzte Trinkexcesse bewirken 1. als summirte Giftwirkung (vasomotorisch) eine acute Hirnaffection, 2. eine chronische Durchseuchung des Organismus, sog. Alkoholkachexie, als systematische Schädigung sämmtlicher nervöser und vegetativer Functionen. Beide Stufen bilden sich meist aus einander (die zweite aus der ersten) heraus. Zwei Formen der Alkohol-Intoxikation sind zu unterscheiden: 1. das floride oder acut ablaufende Delirium alkoholicum; 2. der sich langsam entwickelnde, chronisch verlaufende Alkoholismus.

A. Der acute Alkoholismus.

I. Der Rausch.

§. 442.

Der Rausch ist eine acute, transitorische Wiederholung der Paralyse, ohne Entzündung, nur functionell durch Intoxikation. Er ist verschieden nach der individuellen Hirnconstitution und nach der Stärke des Alkohols; (so wirkt Schnaps degenerativer als Wein und Bier, die Amylpräparate sind verderblicher als die Methylpräparate). Bei nervöser Affection besteht grössere Empfindlichkeit gegen die schädlichen Wirkungen.

Die nächste Folge der acuten Alkoholvergiftung bei dem Rausche auf dem Gebiete des Seelenlebens ist 1. eine Beschleunigung der psychischen Vorgänge, besonders der Willensbewegung (Erleichterung der motorischen Uebertragung), die auf einen Wegfall centraler Hemmungen zurückgeführt wird. Daran schliesst sich 2. eine verlangsamte und erschwerte Auffassung äusserer Eindrücke; 3. verliert schliesslich der Trinker die Herrschaft über seine Willenshandlungen und seinen Vorstellungsverlauf, es tritt völlige Lähmung und Bewusstlosigkeit ein.

Beim rüstigen Gehirn bewegt sich das Bild der Trunksucht lange im Rahmen einer functionellen Erkrankung: Damit wird auch die Genesungsmöglichkeit in den frühen Stadien verständlich. Trifft aber der

Rausch ein prädisponirtes Gehirn, so treten pathologische Rauschzustände auf, heftige, affective Erregungen mit tiefer Bewusstseinsstörung und Neigung zu Gewaltthaten. Disponirend sind für sie psychische Schwächezustände mit leicht erregbarem vasomotorischen Nervensystem; es zeigen sich in ihnen hauptsächlich folgende Störungen:

1. Somatische Symptome: Ein übermässig frühes Auftreten des paralytischen Endstadiums der Betrunkenheit. Nach geringem Genuss von Alkohol folgt Zusammenstürzen, Bewusstlosigkeit, weite und starre Pupillen, starke Kopffluxionen, oft krampfhaftes Zucken der Glieder, besonders bei Reconvalescenten, nervös Erregten und Belasteten.

2. Psychische Symptome: a) transitorischer Furor, b) transitorischer Verfolgungswahn mit manischer Erregung; c) Raptus melancholicus (Besoffenes Elend) mit Mord- und Selbstmordneigung; diese transitorischen Erregungszustände sind entweder partiell als plötzlicher Drang zu Gewaltthaten (bes. Brandstiftung) oder allgemein als plötzlicher Wuthanfall mit sinnlosem Zerstören, Toben und Angriffen auf Personen verbunden; der Anfall ist kurz, es besteht summarische oder fehlende Erinnerung. Der peracute, transitorische Verfolgungswahn setzt manchmal erst einige Stunden nach dem Alkoholgenuss ein.

2. Der acute Trinkerwahnsinn.

§. 443.

Der acute Trinkerwahnsinn (Schüle l. c. p. 405 f.) ist die häufigste Form der Alkoholpsychosen. Tage oder Wochen lang sind alkoholische Excesse vorausgegangen in Wein, Bier etc. Das Delirium alkoholicum tritt in der Regel nach einem unmittelbar vorausgegangenen Trinkexcess auf. Die Menge des genossenen Alkohols, die Art der Getränke, der Inhalt derselben an intoxikatorischen Substanzen, die Individualität des Trinkers sind hier in Betracht zu ziehen. Bei durch Trauma oder Heredität prädisponirten Individuen genügt ein einmaliger Trinkexcess, um die Psychose zum Ausbruch zu bringen. Der Ausbruch geschieht nach einem schweren Excess entweder sofort oder in einem Zwischenraum von mehreren Tagen; in letzterem Falle zeigt der Kranke während dieser Frist ein misstrauisches, gereiztes Wesen. Charakteristisch ist die Plastik und der schreckhafte und imperative Charakter der Sinnestäuschungen. Oft schon im Haftlocale, meist Nachts, verursacht eine zunehmende Masse von Sinnestäuschungen (Feuerschein, Leute mit feindlicher Absicht, die Angehörigen rufen nach Hülfe, die Ehefrau wird geschändet etc.) Gewaltacte. Oefters auch zeigt das Delirium einen religiösen oder einen hypochondrisch-schwermüthigen Inhalt.

Diese deliranten Wahrnehmungen beschäftigen den Kranken auch am Tage; klarere Stunden schieben sich dazwischen ein, wo der Kranke sich kindischer Heiterkeit hingiebt; plötzlich zeigen sich die Traumgestalten wieder, welche mitten im Spiele ihn zu einem Selbstmordversuche veranlassen oder in Pseudostupor versetzen. In den klarsten Momenten bleibt eine ziemlich erhebliche Urtheilsschwäche zurück. So ist es nach Mendel charakteristisch, dass der Kranke am Morgen, wenn die Sinnestäuschungen verschwunden sind, fest an die Wahrheit der nächtlichen Schreckensscenen glaubt und, mit voller Ueberzeugung ihrer Wirklichkeit, dieselben schildert. Die Stimmung ist indolent oder ängstlich, oft auch verwundert, je nach dem Inhalt der Täuschungen.

In der folgenden Nacht beginnt der Geisterspuk und die Angst von Neuem, mit gleichem Vernichtungsdrang gegen das eigene und fremde Leben. So kann der Zustand mehrere Tage bis zu zwei Wochen dauern. Nach Eintritt von Schlaf, der zuerst unruhig ist, stellt sich unter allmählichem Nachlasse Klarheit, summarische Erinnerung, dann Genesung ein.

Das Körpergewicht sinkt in den Paroxysmen, es besteht frequenter Puls mit Fluxionen zum Kopfe; regelmässige Gastricismen mit Obstipation sind Begleiterscheinungen. Die Temperatur ist bis 38° oder 38,5° erhöht. Höheres Fieber deutet immer auf complicatorische, somatische Symptome. Bisweilen nehmen nach einer acuten Alkoholintoxikation Hallucinationen den Vordergrund der Scene ein und bieten das Krankheitsbild der Hallucinose dar; dann ist aber die Besonnenheit in höherem Grade erhalten, die motorische Unruhe und der Tremor fehlen ganz; der Verlauf ist meist ein langsamer. In einzelnen Fällen treten bei der acuten Alkoholvergiftung hypochondrische Wahnvorstellungen und entsprechende Gemeingefühlshallucinationen auf, wie bei der Verrücktheit. Selten zeigt sich unter Fehlen von Hallucinationen, bei trauriger Verstimmung und Selbstanklage ein den typischen Depressionszuständen ähnliches Bild.

B. Der chronische Alkoholismus.

I. Psychische Symptome.

§. 444.

Durch den langen Missbrauch des Alkohols werden irreparable Alterationen der Psyche gesetzt. Dieselben äussern sich vornehmlich in einer Herabsetzung der psychischen Kräfte. Aber nicht allein haben wir es bei einem Säufer mit einer Debilität der psychischen Functionen zu thun, mit einer Verminderung derjenigen Eigenschaften, welche die Menschen befähigt machen, in selbstständiger Stellung den Stürmen

des Lebens zu trotzen, sondern das, was den Trinker in den Augen aller moralischen Menschen herabsetzt, was ihn unfähig macht, seine Stellung in der Gesellschaft sich zu sichern, ist der eintretende moralische Defect, die laxere Anschauung in Bezug auf Ehre, Sitte, Anstand. Haben sich einmal diese Defecte etablirt, so ist es um die bürgerliche Existenz eines solchen Individuums geschehen. Ein Spielball seiner momentanen Begierden, seiner Leidenschaft allein unterworfen wegen des Mangels oder zu geringen Inkrafttretens der hemmenden moralischen Vorstellungen, wird der Potator ein gemein- und sich selbst gefährliches Individuum, sowohl durch impulsive Gewaltacte, die bis zu Mord ausarten können, als durch jene enorme gemüthliche Reizbarkeit, welche den Trinker explosiv zu den grössten Gewaltthaten gegen sich und Andere hinreisst. Diese zornmüthigen Wuthausbrüche tragen den Charakter pathologischer Affecte. Doch richtet schon vorher sich die Aggressivität der Alkoholiker, in ihrer ängstlichen oder hallucinatorischen Aufregung, meist gegen die eigene Person, die der Epileptiker jedoch gegen ihre Umgebung.

Besondere Erscheinungen des chronischen Alkoholismus sind: Misstrauen, steter Argwohn, Wahnideen in Bezug auf Complotte, Nachstellungen, Verfolgungen und dergleichen. Eine häufige Erscheinung ist der Vergiftungswahn, der in dem chronischen Magenkatarrh der Trinker seinen körperlichen Hintergrund hat, ferner falsche Beschuldigungen gegen Mann oder Frau, Eifersucht. Zeitweise, namentlich Morgens, treten Zustände tiefer geistiger Verstimmung bis zum Taedium vitae auf (Moralischer Katzenjammer). Diese schwinden auf erneuten Alkoholgenuss. „Früh zeigt sich eine auffällige Willensschwäche in der Erfüllung von beruflichen und überhaupt bürgerlichen Pflichten, eine Unmöglichkeit der Durchführung guter Vorsätze, dem Laster zu entsagen.“ Auffallend ist die Gefügigkeit und Lenksamkeit des Trinkers bei längerer Enthaltsamkeit unter dem Drucke äusseren Zwanges (Irrenanstalt, Gefängniss). Hier spiegelt sich nur der Mangel an wirklicher Energie wieder; etwas später tritt eine allmähliche Abschwächung der Intelligenz auf. Es leidet die Auffassung neuer Eindrücke, die Reproduction derselben. Gedächtnissschwäche, Verarmung des Vorstellungsschatzes sind die Folgen; egoistische Anschauungen und Bestrebungen treten hervor. Die äussere Auffassung wird durch kritiklos assimilirte, subjective Elemente (Wahnideen) gefälscht. Wirkliche Sinnestäuschungen erleichtern diesen Vorgang. Bemerkenswerth in dieser Beziehung ist, dass kein Trinker sich selbst eine Verschuldung beimisst: sie leugnen die Excesse ab, stellen sie als harmlos dar, durch ihren Beruf oder durch Unglück im ehelichen Leben bedingt, während letzteres vielmehr die Folge des Potatoriums ist.

2. Somatische Störungen.

§. 445.

In den vorgeschrittenen Stadien erkennt man den Trinker sehr leicht an dem heruntergekommenen Aeusseren, den verschwommenen Augen, dem gedunsenen Gesicht, der belegten, oft zitternden Zunge, dem Tremor der gespreizten Finger, dem fuseligen Geruch.

a) Als erste sensorische Störungen zeigen sich die bekannten Affectionen, welche auf einer Hyperämisirung des Gehirns beruhen und auch nach einmaligen Alkoholexcessen, vielleicht nicht so stark, aber doch immerhin auftreten können. Es sind dies Zustände, welche man mit Katzenjammer, Schwindel, belegtem Schädel, geistiger Unaufgelegtheit und unruhigem Schlaf mit schweren, ängstlichen Träumen bezeichnet.

b) Störungen der Sinnesorgane: Der Alkohol hat wie viele andere chemische und organische Producte die Eigenschaft, nach mehr oder minder langer Zeit, und je nach der Constitution des betreffenden Individuums, jene schweren Störungen der Sinnesorgane hervorzurufen, welche man mit dem Namen Hallucinationen belegt. Nachdem der Betreffende eine Zeit lang sich dem Trunke ergeben hat, merkt er Aenderungen im Gesichts- und Gehörssinn: er sieht Mouches volantes, Funken und Flammen. Die akustische Hyperästhesie vermittelt Rauschen, Klingen und Zischen vor den Ohren. Aus diesen Phantasmen entwickeln sich gewöhnlich wirkliche Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, nicht ganz so häufig die des Gemeingefühls, am seltensten die des Geruchs und Geschmacks. Gleich den Sinnestäuschungen ex Cocaïnismo sind sie wahrscheinlich durch Blutleere des Centralorgans bedingt. Der Inhalt dieser Sinnestäuschungen, welche stets en masse auftreten, und so, dass die Schemen concentrisch auf den Kranken in aggressiver Weise eindringen, ist immer beängstigender Natur. Spukgestalten, Fratzen, die wunderbarsten Thiere, Mörder mit gezückten Dolchen nähern sich dem Kranken bis auf Handbreite, um dann in dem Augenblicke, wo sie denselben stechen, beissen oder sonst beschädigen wollen, in Nichts zu zerfliessen.

Im Verlauf des Leidens kann es plötzlich zu Amblyopie kommen; die Sehkraft sinkt beträchtlich, die Kranken werden myopisch, sehen Abends besser. Durch krankhafte Affectionen des Accommodationsmuskels kommt es zu Diplopie und Polyopie, auch zu temporärer Farbenblindheit. Sehr häufig findet man eine Abblassung der temporalen Papillenhälfte (in Folge alkoholischer Neuritis des Opticus).

Die Pupillen sind meist stark dilatirt, die Reaction derselben ist träger, an den Bulbi ist oft rotatorischer Nystagmus beobachtet. Die

Conjunctiva ist stark injicirt; die Sehstörung kann nach einigen Monaten schwinden, wenn dem Missbrauch geistiger Getränke entsagt wird. Meist kommt es jedoch, da diese Vorschrift nicht befolgt wird, zum Schwund des Sehnerven, zur Amaurose (v. Krafft-Ebing p. 593).

c) Motorische Functionsstörungen. Eine der häufigsten Störungen der motorischen Sphäre, welche auf eine Rückenmarksaffection zu beziehen ist, ist der Tremor alkoholicus an Zunge, Lippen, Gesicht, Händen. Nach A. Baer (Der Alkoholismus etc. Berlin 1878) ist der Tremor potatorum, wie das Symptom des Zitterns der willkürlichen Muskeln bei der Paralysis agitans und beim Tremor senilis, vom spinalen Nervensystem abhängig, ohne dass eine physiologische Erklärung für dieses Verhalten anzuführen ist. Diese Functionsstörungen sind frühzeitig. In den späteren Perioden kommt es zur Abnahme der Muskelkraft, und in den Extremitäten kann sich diese keineswegs seltene Erscheinung bis zur Parese steigern.

Der Tremor alkoholicus ist im nüchternen Zustande, d. h. Morgens nach dem Aufwachen am stärksten. Er nimmt ab und hört ganz auf, je nach der quantitativen Einführung des gewöhnten Giftes. Diese Paresen der Extremitäten können bis zur vollständigen Paralyse, welche von Leudet, Samuel, Wilks, Leyden beschrieben ist, sich steigern. Häufiger als diese Lähmung zeigt sich bei Potatoren ein Zustand von mehr oder weniger ausgesprochener Ataxie (Baer p. 88): „der Gang wird zuerst mühsam, unsicher, stolpernd und nimmt in den weit vorgeschrittenen Graden zuletzt den Charakter der ausgebildeten Ataxie an.“ In einem Falle von hochgradigem Muskelzittern und Muskelschwäche bei einem exorbitanten Säufer sah Baer nach Entziehung der Spirituosen einen so hohen Grad von Schwindelgefühl, von Schwanken, Taumeln und Hinfallen beim Schliessen der Augen, wie nur in der ausgesprochenen Tabes.

d) Sensible Störungen: Man beobachtet häufig bei Trinkern eine ziemlich erhöhte Reflexirritabilität. Der Potator empfindet bei der leisesten Berührung, namentlich an den unteren Extremitäten, einen lebhaften Schmerz, verbunden mit mannigfachen Parästhesieen. Diese Gefühlsstörungen werden sehr häufig in hallucinatorischer Weise allegorisirt, d. h. der Kranke glaubt, dass er Schlangen, Insekten auf seiner Haut hat, dass er von Thieren gebissen wird, dass er entweder auf elektrischen Drähten ruht oder sich in einer beständigen elektrischen Atmosphäre befindet. Er riecht auch den specifischen Geruch, welcher bei elektrischen Entladungen sich verbreitet, und daher kommt es, dass derartige Kranke beständig an ihrem Körper zupfen, aus dem Bette springen, die Bettdecken zur Seite werfen — alles Manipulationen, um die hallucinirten Thiere etc. zu sehen und los zu werden.

e) Circulations-Störungen. Nach langjährigem Alkoholmissbrauch kommt es fast stets zu einer Veränderung des Herzens, und zwar zu einer Hypertrophie (Baer p. 67) des linken Ventrikels. Die Gefässe erleiden durch den Alkoholmissbrauch eine Erweiterung, und demzufolge tritt eine Verlangsamung des Blutstroms ein, die zu Stauungserscheinungen führt. Hierdurch, und durch die allgemeine Ablagerung von Fett auf und um die einzelnen Organe, ausserdem durch die atheromatöse Erkrankung der arteriellen Gefässe, wird die Arbeit des Herzens bedeutend vermehrt und infolge dessen eine compensatorische Hypertrophie des linken Ventrikels gesetzt. Nach der Herzhypertrophie kommt es zur fettigen Degeneration des Herzmuskels, und in den späteren Stadien wegen der mangelhaften Ernährung und der allgemeinen Inanition zur Atrophie des Cor.

Die Erkrankung der Gefässe kann man mit einem Worte als „Verlust des Tonus" am besten bezeichnen. Die Veränderung der kleinen Gefässe besteht in einer Dilatation ihres Lumens, die der kleinen und grossen Arterien in der Arteriosklerose.

f) Störungen der vegetativen Organe. Allgemein ist es bekannt, dass es schon nach einmaligem starken Alkoholgenuss zu einem Zustand kommen kann, den man mit dem burschikosen Ausdruck „verkolkter Magen" bezeichnet. Um so mehr bildet sich nach habituellem Trinken ein schwerer Magenkatarrh aus. Es kommt bis zur Geschwürsbildung auf der verdünnten oder verdickten Schleimhaut, von kleinen, hämorrhagischen Erosionen bis zum bekannten Ulcus rotundum. Die Erkrankungen der Leber sind diejenigen, welche am meisten und am frühesten zur Beobachtung kommen, und zwar ist es der Branntwein, der so deletär wirkt. Von der einfachen Fettinfiltration mit oder ohne Congestionszustände, von der Entzündung des Leberparenchyms mit fettiger Entartung desselben geht der Process weiter bis zur interstitiellen Hepatitis. Die aus der Lebercirrhose entstehenden Krankheitserscheinungen sind Verdauungsstörungen bis zu den höchsten Graden: Abmagerung, Bauch-Wassersucht, Ikterus, Bluterbrechen, zuletzt Durchfall, Erschöpfung und Tod durch diese oder infolge von Acholie, unter Delirien, Convulsionen und Koma (Baer p. 62).

3. Vorkommen, Verlauf und Prognose.

§. 446.

a) Vorkommen. Die chronischen Formen des Alkoholismus treten nie im jugendlichen, sondern nur im reifen Alter auf. Was das „Geschlecht" anbetrifft, so erkranken auf 100 Männer kaum 1—2 Frauen an Alkohol-Intoxikation. Bei Frauen ist häufig die acut verlaufende

Form der Alkoholvergiftung, seltener das chronische, alkoholische Irresein oder die Demenz mit Lähmungen beobachtet. Die Aehnlichkeit des chronischen Alkoholismus mit Paralyse ist gering; die bei der Paralyse so häufigen, epileptiformen Convulsionen sind hier viel seltener. Dagegen ist der chronische Alkoholismus solchen Affectionen ähnlicher wie man sie an Arbeitern beobachtet, welche bei ihrer Beschäftigung lange intensiven Hitzegraden ausgesetzt waren, z. B. Schmieden, Eisengiessern, und zwar an solchen, die nicht viel tranken.

b) Der Verlauf. Aus dem Vorhergehenden ist klar ersichtlich, dass bei dem deletären Einfluss des Alkohols durch chronischen Genuss sowohl die körperlichen wie auch die geistigen Functionen bis zum vollständigen Untergange kommen können. Physische wie psychische Verkommenheit ist der Schluss des traurigen Dramas. Vegetatives Siechthum, Lebercirrhose, Hydrops, Urämie, apoplektische oder epileptische Insulte, acute entzündliche Affectionen der Lungen, Delirium tremens machen dem Leben vorzeitig ein Ende. Am häufigsten tritt der Exitus wegen Marasmus ein. Jede nur einigermaassen ernste complicirende Krankheit ist mali ominis, verräth die Adynamie des kranken Körpers.

c) Die Prognose ist bezüglich der definitiven Heilung meist eine ungünstige. Bei längerer Abstinenz von Alkoholicis verlieren die hallucinatorischen Vorgänge an Intensität, der Zustand wird wesentlich stationär, es kann sogar Rückbildung eintreten, aber die psychische Schwäche bleibt.

C. Das Delirium tremens.

I. Aetiologie und Pathogenese.

§. 447.

Das Delirium tremens tritt bei einem durch chronischen Alkoholismus afficirten Gehirn als selbstständige Krankheit auf. Entzündliche Grundleiden anderer Organe (Pneumonie, Erysipel, acutes Exanthem etc.), oder traumatische Einwirkungen (Fractur, Operation etc.) bewirken als Gelegenheitsursachen den Ausbruch desselben. Dabei ist zu bemerken, dass ein einmaliger Trinkexcess, wenn er auch noch so stark gewesen ist, nie das Delirium hervorruft, sondern immer nur eine lange Reihe gewohnheitsgemässer Alkoholdebauchen, und zwar besonders in Schnaps oder noch stärkeren Getränken. Nicht abgelagerte, schlechte Branntweine, sowie billige, junge Weine haben die stärkste intoxikatorische Wirkung, weniger der übermässige habituelle Biergenuss, nach welchem das acute hallucinatorische Delirium beobachtet wurde. Seltener schliesst sich das Delirium tremens an einen Rausch an, meist an plötz-

liche Alkoholentziehung (Haft), oder es tritt plötzlich in der Nacht während des Bacchanals auf, oft im Anschluss an epileptische Insulte sofort oder nach stuporösem Intervall; auch eine acute alkoholische Perturbation kann die Scene einleiten. Ferner sind ungenügende Ernährung, Steigerung des chronischen Magenkatarrhs, heftige Gemüthsaffecte, profuse Durchfälle, Eiterungen, Blutverluste, Nachtwachen, schmerzhafte Krankheiten Veranlassungen für die Entstehung des Delirium tremens.

Der Umstand, dass das Delirium tremens innerhalb der chronischen Intoxikation durch besondere Gelegenheitsursachen ausgelöst wird, findet eine Analogie in einer anderen intoxikatorischen Amentia — der Lyssa. In 6 Fällen, die Meynert beobachtete, wurde der Ausbruch der Erkrankung immer durch Gelegenheitszufälle herbeigeführt: Durchnässung, Schreck, Excesse in venere.

Es entsteht aber das Delirium tremens auch ohne besonderen Anlass als Entwicklungsstadium des chronischen Alkoholismus.

Wie lange und wie viel Branntwein getrunken werden kann, bis sich der Säuferwahnsinn einstellt, ist nach der Erfahrung Baer's sehr verschieden. Unter 96 Säufern mit schweren Zeichen des chronischen Alkoholismus waren nur 13, die das Delirium ein oder mehrere Male überstanden. Von den anderen hatten die allermeisten 1 Liter und mehr Schnaps alltäglich getrunken, und zwar 16—6 Jahre, 12—8 Jahre. 18—10 Jahre, 9—12 bis 15 Jahre, 3—20 Jahre, 5 sogar bis 25 Jahre lang, ohne vom Säuferwahnsinn befallen zu sein.

2. Symptomatologie.

a) Psychische und psychomotorische Störungen.

§. 448.

Das Delirium tremens bereitet sich mehr oder weniger durch Vorboten vor und tritt selten plötzlich in die Erscheinung, mit Ausnahme derjenigen Zustände, wo es sich an eine somatische Affection. wie ein Trauma oder eine acute fieberhafte Krankheit anschliesst. Die sonstigen Vorboten sind gastrische Zustände, Agrypnie mit schreckhaften Hallucinationen, Ohrensausen, Akusmen, Hyperästhesieen. Zuweilen beobachtete Boehm (Handbuch der Intoxikationen, Leipzig 1876) ein melancholisches Prodromal-Stadium wie es, wenn auch in viel längerer Dauer. der paraphrenischen Manie vorauszugehen pflegt. Die Scene beginnt in der Regel mit den bekannten specifischen Gesichtshallucinationen. Magnan (cit.) hebt als charakteristisch für die Hallucinationen der Säufer, ausser ihrer fast immer schreckhaften Natur, ihre Beweglichkeit hervor; niemals sei das Delirium tremens von starren, fixen Visionen

erfüllt. Die Dauer des Incubations-Stadiums ist verschieden lang, von Krafft-Ebing beobachtete es bis zu zwölf Tagen. Der Kranke wird unruhig, wankt herum, sucht infolge eines unbewussten, ängstlichen Triebes zu entrinnen und schimpft in seinem stupiden Bewusstseinszustande vor sich hin. Dann wieder ist er geschwätzig, mischt sich in Alles ein, vergisst sofort wieder, was er gehört hat.

Das eigentliche Delirium bricht meist in der Nacht aus, es kennzeichnet sich durch ruhelose Angst mit massenhaften Sinnestäuschungen barocken und phantastischen Inhalts, in welchem mit grosser Lebendigkeit, aber ohne systematischen Zusammenhang, Erlebtes und Erträumtes wirr durch einander geht. Die Erlebnisse der letzten Zeit, besonders des verflossenen Excesses, Streites etc., spielen in einem bald halblauten, bald lärmenden Delirium noch fort, und über kurz oder lang tritt dann unter Steigerung der Unruhe ein mehr oder weniger heftiges Toben ein (Boehm l. c. p. 109).

Diesem Angststadium schliesst sich das hallucinatorische und Halbtraumstadium an. Die Hallucinationen charakterisiren sich durch die Häufigkeit der Tasthallucinationen, durch die Vielfachheit und Bewegtheit der hallucinatorischen Bilder und durch das Beschäftigungsdelirium. Die Tasthallucinationen sind über kleine, vielfache Hautstellen verbreitet; charakteristisch ist das Suchen am eigenen Körper. Aus allen leblosen Gegenständen heraus hört der Kranke Menschenstimmen; zahllos sind die Gesichtshallucinationen. Die Hallucination entspricht erst dem Irrsinn, wenn der Kranke sich ihre Wirklichkeit einredet, wenn sie zur Illusion wird. Die corticalen Illusionen dürften nicht so zahlreich sein, und es werden viele Reizimpulse für das Halluciniren unter eine Illusion subsummirt. Das Bild bewegter, kleiner Thiere hängt nach Skoda mit der Blutbewegung in der Retina zusammen, welche bei Hyperästhesie Bilder liefert. Dadurch dass die Illusion den Gesichtswinkel verändert, können dem Kranken die Bilder auch als viele bewegte, grosse Gestalten erscheinen (Meynert l. c.).

Das Delirium ist bald ein gewaltsames, ja rasendes, bald ein mehr stilles und heiteres, und es finden sich alle Gradationen desselben zwischen diesen beiden Extremen vor. Die Hallucinationen bewegen sich gewöhnlich um Thiere, Visionen von Teufeln, Polizeidienern etc., und zwar ist das Charakteristische, dass diese Spukgestalten stets en masse erscheinen. Dazu kommen auch mannigfaltige abnorme Sensationen, wahrscheinlich auf Grund hyperästhetischer und paralgischer Sensationen. Die Kranken glauben sich in einem feinen Netz von Glasfäden oder Spinngewebe, unter der Haut laufen allerlei kleine Thiere, die sie stechen und quälen etc., Kröten, Schlangen, Würmer, Spinnen kriechen auf dem Körper umher. Die Kranken führen auf Grund dieser abnormen

Sensationen, und wegen einer eigenthümlichen Unruhe der willkürlichen Muskeln unzweckmässige kleine Bewegungen aus. Zu Bette liegend zupfen sie ohne Unterlass an ihrer Decke, streichen mit den Händen überall umher, als ob sie kleine Gegenstände entfernen wollten; dabei ist der Blick höchst unstät, zuweilen besteht sogar Nystagmus (Boehm l. c.). Bei jungen Säufern ist das Gesicht zugleich roth und glühend, und die Augen haben einen lebhaften Ausdruck, bei älteren, mehr geschwächten Säufern erleidet das Gesicht oft gar keine Veränderung, oder es ist bleich mit matten, stierenden Augen. Die Pupillen sind meistentheils normal, können aber auch verengert oder erweitert sein. Die Sprache ist meistentheils verändert, sodass die Worte plötzlich und heftig hervorgestossen werden; sie wird bisweilen stammelnd und schwer verständlich (Huss l. c. p. 329).

Das Beschäftigungsdelirium ist ein Halbtraumzustand, der jedoch auch bei anderen Zuständen (bei Schlafwandlern) beobachtet wird.

Die Erinnerung ist, da das Bewusstsein nur theilweise getrübt ist, eine ziemlich gute, im Allgemeinen jedoch eine summarische. Sehr häufig zeigt der Kranke weder Dislocationen noch Disterminationen, in diesen Fällen giebt er auf die meisten Fragen auch richtige Antwort. Indessen giebt es auch Fälle von acutem Alkoholismus, bei denen hochgradige Trübung oder selbst vollständige Aufhebung des Bewusstseins das Hauptsymptom ist, und der Verlauf an einen epileptischen Anfall erinnert.

Das vorhin erwähnte heitere Delirium findet man vornehmlich bei denjenigen Kranken, die neben dem Delirium an fieberhaften Affectionen (Pneumomie) leiden. Die Gewaltacte, die der Kranke gegen sich und seine Umgebung ausführt, haben nur den Zweck, sich von den hallucinirten Thieren, Menschen etc. zu befreien. Neben diesen Hallucinationen des Gesichts gehen auch lebhafte des Gehörs einher: der Kranke hört Beschuldigungen gegen ihn ausstossen etc. Häufig tritt auch Nahrungsverweigerung, wohl infolge des bestehenden Magenkatarrhs ein und dadurch, dass die Kranken, auf Grund ihrer abnormen Sensationen, in der flüssigen Nahrung und ebenso im festen Essen an den Lippen Thiere fühlen, welche einen schlechten Geschmack herbeiführen.

b. Somatische Störungen.

§. 449.

1. Die motorischen Störungen. Der Tremor alkoholicus ist für das Delirium tremens, wie schon das Wort selber sagt, das Charakteristicum. Man beobachtet ihn am besten, wenn man Arme, Hände,

Zunge ausstrecken und die Finger spreizen lässt und die Aufmerksamkeit des Kranken ablenkt. Am Morgen ist er am stärksten, die Hände, die Finger, Lippen, Zunge gerathen in Zittern und es kann bei jeder intendirten Bewegung der ganze Körper in ein Schütteln gerathen. Mendel führt als Erklärung für das Zittern die physiologischen Experimente an, bei denen man nach Durchschneidung des Hypoglossus bei Hunden die Muskelfasern der betreffenden Zungenseite, nach Durchschneidung des Facialis bei Kaninchen die Barthaare beständig zittern sieht. Die Sprache ist undeutlich, die Zunge schwer, das ganze Reden kann in Lallen und Stammeln bestehen. Dieses sind paretische Symptome, gleich der Diplopie auf Grund abgeschwächter Innervation einiger Augenmuskeln. Diese Paresen combiniren sich vielfach mit Ataxieen (Mendel). Die willkürlichen Bewegungen geschehen plump und unsicher und Analgesieen sind auf Grund der Bewusstseinsstörung häufig. Die Reflexerregbarkeit ist meist eine gesteigerte. Nicht selten kommt es im Verlaufe des Deliriums zu vollständigen, den epileptischen in Allem entsprechenden Anfällen, besonders nach intensiveren Vergiftungen und bei prädisponirten Individuen. Es ist unbestimmt, ob Bestandtheile der Alkoholica von besonderem Charakter die Krampfanfälle hervorrufen. Jedenfalls ist es der Absynth ausschliesslich nicht. Ein erlittenes Schädeltrauma prädisponirt zu Krämpfen, die sich bei jeder neuen Vergiftung wieder entfalten.

In einzelnen Fällen macht die acute Alkohol-Intoxikation den Eindruck der floriden paralytischen Geistesstörung, da Pupillendifferenz, Facialisparesen, Tremores, Sprachstörung, Grössenideen etc., wie bei der Paralyse bestehen können. Nach ein bis zwei Wochen kommt es zur raschen Restitution mit Krankheitseinsicht.

2. Temperatur. Dieselbe steigt keineswegs mit der Höhe oder Stärke des Deliriums. Selbst in den schwersten Formen braucht sie nur um einige Zehntel Grad erhöht zu sein. Temperaturen unter 36 lassen einen Collaps befürchten, über 38 complicirende fieberhafte Erkrankungen. Mendel giebt an, dass in der febrilen Form des Delirium tremens die Temperatur 42 und mehr Grade erreichen kann. Ebenso ist der Puls bei der febrilen Form gleich im Beginn sehr hoch, bis zu 160 Schlägen, während er bei der anderen Form des Deliriums wenig Abnormes zeigt.

3. Was den Urin betrifft, so giebt Mendel die Harnmengen in der Regel als unverändert, das specifische Gewicht als erhöht an; nach v. Francque (cit.) sind die Phosphorsäure- und Harnstoffmengen vermindert, während die Schwefelsäure vermehrt ist. In einer grossen Zahl von Fällen ist nach Fürstner und Anderen der Eiweissgehalt vermehrt. Bei den Schwankungen des Eiweisses bezüglich der geringeren oder grösseren

Schwere des Falls, konnte Mendel ein directes Verhältniss zu der Intensität des Deliriums nicht constatiren. Die Dauer des Delirium tremens kann in leichten Fällen 4—5 Tage dauern, in der Mehrzahl 1—2 Wochen (Mendel). Huss-Busch giebt die Zeitdauer bis zu 7 Tagen an.

3. Vorkommen, Verlauf und Prognose des Delirium tremens.

§. 450.

A. Vorkommen. Das Delirium tremens kommt da vor, wo dem chronischen Alkoholismus gefröhnt wird; es giebt dafür kein Prädilectionsalter. In Deutschland ist es in den letzten Jahren relativ seltener aufgetreten (Baer l. c. p. 292).

B. Der Verlauf des floriden Alkoholdeliriums ist ein acuter. In schweren Fällen tritt der Exitus am ersten oder zweiten Tage ein. Die intensiven Störungen dauern drei bis sechs Tage, die Restitution tritt nach acht bis vierzehn Tagen ein.

Nach v. Krafft-Ebing verläuft diese schwere Erkrankung bei 15% tödtlich. Der Tod wird neben den marastischen Erscheinungen und den hinzutretenden cerebralen Complicationen (Hirnoedem) durch hypostatische Pneunomie, Magen- und Darmkatarrhe, Leber- und Nierenkrankheiten, durch Erschöpfung, plötzlich eintretenden Collaps oder einen epileptischen Anfall herbeigeführt.

C. Die Ausgänge des Delirium tremens sind:

1. Tod.
2. Uebergang in chronischen Schwächezustand oder in chronischen Alkoholismus.
3. Heilung mit Defect:
   a) Durch Krisis nach einem langen Schlaf von 30—40stündiger Dauer zur früheren Schwächestufe des chronischen Alkoholismus.
   b) Durch Lysis. Die Tage bleiben frei von Sinnestäuschungen, und die Nächte werden allmählich ruhiger.
   c) Durch einen Zustand von Halbbetäubung, schwachsinniger Begehrlichkeit und blödem Grössenwahn, welcher einige Zeit durch mehrere Anfälle von Delirium tremens hindurch dauert, deren Zwischenzeiten Schlafsucht und Aengstlichkeit ausfüllen.

D. Die Prognose hängt ebenso wie die Ausgänge von den etwaigen complicirenden Erkrankungen ab. Sie ist günstig bei guter Ueberwachung und Verhinderung des Selbstmordes für den einzelnen Anfall, quoad vitam schlechter.

4. Therapie des Delirium tremens.

§. 451.

Die Therapie des Delirium tremens besteht theilweise in grossen Opiumgaben, zum Theil in der Anwendung des Chlorals oder mässiger Mengen Alkohol (Boehm p. 119). Dieser Autor vertritt den Standpunkt, dass in vielen Fällen das Delirium tremens ohne jede Medication bei der geeigneten Beaufsichtigung der Kranken in einigen Tagen sich vollständig von selbst verliert, und diese Behandlungsweise dürfte sich für alle diejenigen Fälle, wo der Kräftezustand des Kranken es erlaubt, und keine Complication mit acuten Krankheiten vorhanden ist, am meisten empfehlen.

Was die Opiumbehandlung anbetrifft, so sind die Acten darüber noch nicht geschlossen. Wenn Chloral (1—2 g) nach der zweiten oder dritten Dosis nicht hilft, so giebt v. Krafft-Ebing (l. c. p. 603) Opium subcutan als Extractum opii aquosum, und zwar als Anfangsdosis 0,03, alle 3—4 Stunden wiederholt, bis Schlaf eintritt. Ist subcutane Anwendung nicht möglich, so gebe man das Mittel in Klystieren oder in Suppositorien. Das Opium ist nicht sofort zu entziehen, wenn sein hypnotischer Effect eingetreten ist. Es ist noch einige Tage nach dem Schlaf in kleinen Dosen 0,01 bis 0,02 fortzusetzen und Abends zu injiciren. Das Chloral giebt derselbe Autor bei erstmaliger Erkrankung und bei kräftigen jüngeren Leuten ohne Complicationen mit oder ohne Morphium 1—2 g : 0,01, alle 3—4 Stunden wiederholt. Bestehen dagegen Complicationen wie Pneumonie, schwere Verletzungen, Fieber oder vorgeschrittener Marasmus mit fettiger Degeneration der Organe, dumpfe Herztöne, schwacher Herzschlag, hohe Pulsfrequenz, Arteriosklerose, so ist Chloral contraindicirt; hier ist dann Opium am Platze. Boehm dagegen ist der Ansicht, dass es sich trotz der zahlreichen Erfahrungen auf diesem Gebiete, die für die Zweckmässigkeit dieses therapeutischen Verfahrens sprechen, nicht in Abrede stellen lässt, dass es auch in sehr vielen Fällen ohne jeden Einfluss auf den Verlauf der Krankheit ist. Bei sehr heruntergekommenen Subjecten mit geschwächter Herzthätigkeit hält derselbe die Anwendung grosser Opiumgaben für contraindicirt. Er fährt fort: „Die Gesichtspunkte, die für die Anwendung der Narkotica überhaupt geltend zu machen sind, laufen alle dahin zusammen, dass man die vorhandene Aufregung und namentlich die Schlaflosigkeit bekämpfen zu müssen glaubt. Es wird aber zu diesem Zwecke ziemlich gleichbedeutend sein, ob man sich des Opiums, Chlorals oder eines anderen Hypnoticums bedient, wenn nur die nöthige Würdigung der gegebenen individuellen Verhältnisse beobachtet wird. Ein Verfahren nach der

Schablone ist hier ebenso verwerflich als irgendwo, und wir möchten es keineswegs als einen gültigen Satz hinstellen, dass man alle Fälle von Delirium tremens mit grossen Opiumdosen behandeln müsse."

Die übrige Behandlung des Deliranten ist eine symptomatische.

D. Die Alkohol-Psychosen.

Nicht selten entwickeln sich aus dem chronischen Missbrauch des Alkohols heraus psychische Depravationen, die ein ganz anderes Bild zeigen als diejenige Seelenstörung, welche sich unter dem Einfluss des Giftes zeigt. Die Depressionszustände tragen das äussere Bild des Stumpfsinns an sich, während die Exaltationszustände mit schwerer Bewusstseinsstörung oder als raisonnirende Formen sich zeigen (v. Krafft-Ebing p. 608). Zum Hervorrufen einer solchen Psychose ist ausser dem schweren Alkoholismus noch ein somatisches oder psychisches, accessorisches Moment nothwendig.

1. Dysthymia gravis potatorum.

§. 452.

Der Ausbruch derselben ist brüsk, acut; der Verlauf erstreckt sich auf die Dauer von 8—10 Tagen, selten bis zu einigen Wochen. Die Psychose zeigt erhebliche Trübung des Bewusstseins, massenhafte Hallucinationen, Hyperästhesieen, heftige Präcordialangst bis zur Pantophobie, weinerliche Verzagtheit oder Gemüthsstumpfheit, Zittern, Schwindel, Muskelschwäche, Raptus melancholicus und Tentamen suicidii. Die Krankheit löst sich rasch mit nur summarischer Rückerinnerung oder sie geht in Geistesschwäche über. In den ängstlichen Erwartungsaffecten, gehäuften Hallucinationen sind anklagende Stimmen oder Visionen vorherrschend. Somatischerseits treten Kopfweh, heftige Fluxionen und Schlaflosigkeit ein. Die häufigsten Ursachen sind Gemüthsbewegungen, besonders Schreck oder Alkoholexcesse. Die Prognose ist im Allgemeinen quoad sanitatem eine günstige. Meist tritt Genesung ein, Recidive sind häufig (v. Krafft-Ebing l. c. p. 609).

2. Hyperthymia gravis potatorum seu hyperthymia alkoholica congestiva.

§. 453.

Der Ausbruch ist plötzlich unter deutlichen Congestiverscheinungen. Niemals wird das Krankheitsbild durch ein melancholisches Vorstadium eingeleitet. Initialerscheinungen sind zunehmende Reizbarkeit, Aenderung des Charakters, Fluxionen, gestörter, zuweilen auch ganz fehlender Schlaf, Unthätigkeit, Hang zur Vagabondage und gehäuften Alkoholexcessen, in hohem Grade gesteigerter Geschlechtsreiz (Stuprum).

Auf der Höhe der Erregung besteht grosse Verwirrtheit, Bewusstseinsstörung, Reizbarkeit, ungeheures Selbstgefühl, fast ausschliesslich triebartige Bewegungsacte, Salivation, Lippen- und Zungentremor, Facialisparese, Myosis oder ungleiche Pupillen, Sprachstörungen durch Ataxia labialis, Grössendelirien vorwiegend religiösen Inhalts, zuweilen desultorische Verfolgungs- und Vergiftungs-Delirien, Wahn ehelicher Untreue (v. Krafft-Ebing p. 612).

Schüle (l. c. p. 422 f.) unterscheidet drei Formen:

1. Mit rascher Entstehung und raschem Verlauf: Tiefe Bewusstseinsstörungen, Sinnestäuschungen und Illusionen, triebartiges perverses Gebahren, Indolenz und zornige Gereiztheit neben geistiger und körperlicher Trägheit, Aufregungszustände bei grosser Schwäche, kindische Spielereien, läppisches Benehmen, Nachahmen von anderen Kranken. Dann geht der Zustand in Melancholie mit schreckhaftem, weinerlichem Wesen über. Allmähliche Zunahme der Ernährung, natürlichere Stimmung, Genesung schliessen das Bild ab.

2. Mit langsamerem Tempo des Verlaufs und geringerer Störung der psychischen Functionen: Das Bewusstsein ist bis zu einem gewissen Grade erhalten. Die Handlungen sind ziemlich correct, belebt durch einen mässigen Grössenwahn. Es entwickelt sich raisonnirende Disputirsucht und Geschwätzigkeit, Einsichtslosigkeit in den eigenen Zustand, gesteigertes Selbstgefühl; die Stimmung ist weichlich und beweglich, oder es besteht rohe Brutalität. Nach Entziehung des Alkohols tritt ein verständiges Benehmen oft mit Aengstlichkeit und kleinlautem Wesen ein.

3. Die dritte Form kann man als degenerative Manie bezeichnen, die sich kennzeichnet durch sittlichen und intellectuellen Defect mit periodischer oder chronischer Aufregung, perversem Drängen und Handeln, welches sich in geschlechtlichen Angriffen, Diebstählen, Misshandlungen der Familie äussert. Sehr mannigfaltig ist die Psychose im Detail: Das Bild kann einen einzelnen Furoranfall oder eine ganze Reihe manischer Krisen mit Remissionen darstellen. Auf ein transitorisches Stuporstadium folgt die Genesung, leicht treten Recidive ein.

Pathologisch-anatomische Veränderungen bei dieser Psychose sind: In vorgeschrittenen Fällen Hyperostosis Cranii mit Schwund der Diploë, Blutarmuth der durch Lympfstauungen getrübten Pia und Oedem des Gehirns; beginnende Atrophie (Verschmälerung der Gyri, Offenstehen der Gefässlumina im Gehirn, Erweiterung der Ventrikel). Durch vasoparetische Hyperämie, auf die der Beginn des Krankheitsbildes und die Höhe desselben deutet, kommt es zur Auswanderung von Blutelementen in die perivasculären Räume, zu Lympfstauung und zu regressiven Metamorphosen des Gehirns (v. Krafft-Ebing l. c. p. 612).

3. Eifersuchtswahn.

§. 453a.

Die aus der Trunksucht hervorgehenden ehelichen Zerwürfnisse (vielleicht auch die sich einstellende Impotenz) bringen den Trinker auf den Gedanken, dass eine sträfliche Neigung seiner Frau der Grund der gegenseitigen Entfremdung sei. Die tendenziösen Beobachtungen liefern ihm für diese Annahme allerlei Beweise. Es treten hier und da hallucinatorische Wahrnehmungen hinzu. Aus all' diesem entwickelt sich in ihm ein leidenschaftlicher Hass gegen seine Frau und seine vermeintlichen Nebenbuhler, der oft zu Gewaltthaten führt.

4. Alkohol-Paralyse.

a) Symptomatologie.

§. 454.

Zuweilen nimmt die Trunksucht ihren Ausgang in Dementia paralytica. In der Regel geht der Alkoholismus der Paralyse voraus, bisweilen aber giebt diese erst den Anstoss zu den Excessen. Die Genese ist entweder eine subacute (Trinkexcesse mit manischen Ausbrüchen im Rausche) oder eine chronische, eingeleitet durch Trinkerverfolgungswahn. Die alkoholische Paralyse stellt sich als Combination der Symptome des Alkoholismus und der Dementia paralytica dar. Gemüthliche Stumpfheit, Sinnestäuschungen und Eifersuchtswahnideen herrschen vor. Zur Ataxie gesellen sich Tremor und die neuritischen Störungen der Alkoholisten. Ausserdem giebt es vereinzelte Fälle von Alkoholismus, in denen neben leichten motorischen Störungen (Tremor, Sprachstörung, Convulsionen) ein florider Grössenwahn von der Art des paralytischen sich acut ausbildet, um nach einigen Monaten bis auf eine mässige Demenz zu verschwinden. Letztere Form scheint damit definitiv abgeschlossen zu sein, die ersterwähnte nimmt regelmässig den Ausgang der typischen Dementia paralytica.

b) Differentialdiagnose.

§. 455.

Die Alkohol-Paralyse zeigt von der classischen Paralyse folgende diagnostischen Unterschiede: Der acute, meist nur Monate andauernde Verlauf, der hochgradige, meist universelle Tremor, die idiopathische Muskelschwäche, die Häufigkeit apoplektischer und epileptiformer Anfälle, sensorische und sensible Störungen, so die häufige, namentlich auf die

unteren Extremitäten beschränkte An- oder Hyperästhesie, der intensive Kopfschmerz im Beginn und Verlauf der Krankheit, die Seltenheit des Grössenwahns; wesentlich unterscheidend ist das ethische degenerative Moment, der Wahn ehelicher Untreue, die häufigen und deutlich alkoholisch gefärbten Gesichtshallucinationen, die gering hervortretende Labialataxie (v. Krafft-Ebing p. 620).

c) Pathologische Anatomie.

§. 456.

Die Alkohollähmungen sind in ihrer Pathogenese dunkel und werden von den Autoren theils für centralen, theils für peripherischen Ursprungs erklärt. Jakimow fand bei durch Alkohol getödteten Hunden degenerative atrophische Erscheinungen an den Nervenzellen der grauen Substanz, vorzüglich in den unteren Abschnitten des Rückenmarks; ähnlich denen bei anderen Intoxikationen. Erlitzki fand im Rückenmark eines chronischen Säufers, welcher kurz vor seinem Tode an einer Lähmung beider Unterextremitäten und bedeutender Muskelschwäche der oberen erkrankt war, einen degenerativen Process in den Nervenzellen der Vorderhörner; derselbe war in der Lendenanschwellung bedeutend stärker ausgeprägt als in der Halsanschwellung. Auch die vorderen Wurzelfasern waren degenerirt, ebenfalls im Lendenmark stärker als im Halsmark. Er gelangte zu dem Resultat, dass die ersten Alkohollähmungen durch Erkrankungen des Rückenmarks bedingt sind, und dass von denselben die peripherischen Lähmungen der Alkoholiker, die von verschiedenen zufälligen Ursachen abhängen können, zu unterscheiden seien.

Schaffer (l. c.) beobachtete folgenden Fall:

„Es handelt sich um eine 47 jährige Tagelöhnerin, welche am 20. Januar 1887 in bewusstlosem Zustande, lebhaft hallucinirend eingebracht wurde; Anamnestica waren daher von ihr nicht herauszubringen. Nur soviel konnte man erfahren, dass sie seit vier Wochen krank sei und stets dem Trunk ergeben war. Nachts schlief sie nicht, benahm sich äusserst unruhig, liess den Urin unter sich. Status: Iris blau, Pupillen weit und gleich gross, auf Licht reagirend, Zunge zittert, Patellarreflexe fehlen. Die Kranke konnte sich nicht rühren, lag im Bette regungslos; in den oberen Extremitäten bestand eine geringe Contractur, die Unterextremitäten waren gelähmt: erhob man sie, so fielen sie wie leblos zurück. In den Oberextremitäten traten klonische Krämpfe auf. Tod den 24. Januar. Section: Hepatitis und Nephritis interstitialis. Ikterus. — Im Nervensystem die oben beschriebenen Veränderungen. (Vom klinischen Standpunkt entsprach der Fall dem Dreschfeld'schen Typus der Alkohol-Paralyse.) Die im Rückenmark gefundenen Veränderungen waren degenerativer Natur, denn die Vorderhornzellen waren atrophisch, und im ganzen Rückenmark zerstreut fanden sich amyloide Veränderungen vor. Die Zellenatrophie zeigte sehr verschiedene Bilder, wahrscheinlich aus dem Grunde, dass diese Elemente in den verschiedenen Stadien der Atrophie sich befanden.

Bei der Durchmusterung der zahlreichen Rückenmarks-Präparate fanden sich im lumbalen Segmente nur hier und da anscheinend gesunde Zellen vor. Die überwiegende Zahl war atrophisch.

Das erste Zeichen der Atrophie zeigte sich in der zackigen Contur des Kernes, welcher, in kleinere Körner sich auflösend, später ganz verschwand. Ein weiteres und späteres Zeichen der Atrophie äusserte sich in der abweichenden tintoriellen Fähigkeit des Zellenleibes; dieser nahm den Farbstoff weniger auf, tingirte sich blass und zeigte eine gewisse wachsartige, homogene Beschaffenheit. Es fanden sich sogar Zellen, die fast farblos erschienen. Die Conturen des Zellenleibes waren unregelmässig gezackt, erschienen wie ausgefressen, ebenso jene des Kernes, wenn dieser an der Peripherie eines solchen Zellenleibes sich befand.

Eine andere Form der Atrophie bestand darin, dass der Kern zu einem intensiv gefärbten, eckigen Gebilde schrumpfte; der Zelleuleib selbst war kleiner und eckig conturirt. Bei einigen Zellen war der Kern theilweise ausserhalb des Zellenleibes, ein Vorkommen, welches nach Wagner an den Vorderhornzellen bei der classischen Paralyse zu constatiren und als eine Art von Reizzustand der Zelle aufzufassen ist. Diese Form der Atrophie erlitten hauptsächlich die Zellen des lumbalen Segmentes, während jene des cervicalen Abschnittes überwiegend für gesund befunden wurden. Einzelne Zellen der Clark'schen Säule waren ebenfalls atrophisch.

Diffus im ganzen Rückenmarke zerstreut und in grösserer Anzahl in den Hintersträngen fanden sich chemisch erwiesene amyloide Concretionen vor, deren Gegenwart bekanntlich immer auf regressive, atrophische Processe hinweist. Die vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln fand man an Längs- und Querschnitten vollkommen normal aussehend, welcher Befund mit jenen der meisten Autoren übereinstimmt. Da bei jener Kranken die unteren Extremitäten gelähmt waren, und die Vorderhornzellen des lumbalen Segments fast durchgehends theils atrophisch, theils sklerotisch waren, während die Nervenzellen des cervicalen Abschnittes überwiegend gesund sich zeigten, so resultirt daraus ein unleugbarer Zusammenhang zwischen der klinischen Thatsache und den centralen Veränderungen.

Erb sucht die Ursache der Muskelatrophie in dem trophischen Centrum der motorischen Nerven und Muskeln, d. h. im Vorderhorne. Strümpell giebt zu, dass anatomisch erweisbare, peripherische Alterationen durch die rein functionellen Veränderungen der trophischen Centren zu Stande kommen können; doch müsste in diesem Falle nach seiner Auffassung die ganze motorische Bahn, d. h. auch die Vorderwurzeln, degeneriren, was bei den bisherigen Fällen von Alkohol-Paralyse nicht geschah; entarten doch bei der secundären Degeneration die der Läsion benachbarten Theile zuerst. Hierauf aber entgegnet Erb, dass die Wirkung der trophischen Centren eine centrifugale sei; je länger die Bahn, um so grösser die Leitungshindernisse, daher muss die Wirkung der Verminderung in der vitalen Energie des trophischen Centrums in erster Reihe und allererst am entferntesten Punkte sich zeigen, mit anderen Worten, es müssen erst die motorischen Nerven degeneriren. Das normale Aussehen der vorderen Wurzeln beweist daher im Falle der degenerativen Atrophie der peripherischen Nerven nicht ganz sicher den peripherischen Ursprung der Affection. Es giebt aber einen vermittelnden Standpunkt, welcher von Leyden vor Kurzem vorgeschlagen worden ist, wonach bei der Polyneuritis die Erkrankung des Rückenmarkes und der peripherischen Nerven sich combiniren, und dieser scheint auch der richtige zu sein. Möglich, dass die oben erwähnte, „partielle Atrophie" der Nervenzellen eine histologische Basis für die Verminderung der vitalen Zellenenergie abgiebt, da eine Nervenzelle, welche nur partiell atrophirt ist, noch functioniren kann, wenn auch ihre Verrichtung nicht mehr vollständig, sondern vermindert ist." (Schaffer l. c.)

5. Alkohol-Epilepsie.

§. 457.

Durch den Alkohol veranlasste Störungen können auch zur Epilepsie führen. Begünstigend wirken erbliche Anlage, Convulsionen in der Kindheit, Träume. Die Epilepsie kann bei allen Arten von berauschenden Getränken ausbrechen. Hervorgerufen wird sie erst durch länger fortgesetzte Excesse. Ungefähr 10 % der Alkoholisten zeigen epileptische Zustände als spätere Erscheinungen des Alkoholismus chronicus. Die epileptischen Insulte befallen entweder nur einzelne Muskelgruppen oder nur eine Körperhälfte. Sie sind meist von lebhaften Congestionen eingeleitet und begleitet (v. Krafft-Ebing p. 622 f.).

Für die Diagnose ist wichtig: Die Art des Auftretens der Anfälle, insofern sie in grösseren Zeitintervallen, dann aber gehäuft und im Zusammenhange mit einem Alkoholexcess wiederzukehren pflegen. Auf solche Anfallsserien folgen psychische Störungen in Form von Delirium tremens und Delirium epilepticum oder ein traumartiger oder auch stuporöser Dämmerzustand, zuweilen mit Complication von Delirium tremens oder Hallucinatio ebriosa. Mit dem Eintritt der Alkoholepilepsie macht die intellectuelle Degeneration der Kranken rapide Fortschritte.

Die Prognose ist ungünstig, bisweilen tritt Exitus im Anfall ein.

Therapie: Symptomatisch, gegen die Anfälle Bromkalium.

V. Allgemeine Therapie des Alkoholismus.

§. 458.

Die alkoholische Psychose erfordert die Transferirung in eine geschlossene Irrenanstalt, der chronische Alkoholismus Trinkerasyle; — für die geringeren Formen sind Specialreformen nothwendig. — Delirium tremens erfordert sorgfältige Anstaltsbehandlung Erhaltung der Kräfte und cerebrale Ruhe durch Bettlage und dauernde Aufsicht, kräftige, reizlose Diät mit Wein, milde Laxation, Bäder mit Umschlägen, Chloral, Paraldehyd, Opium. Die Therapie hat nur Erfolg beim acuten Alkohol-Delirium. Gauster hält für das einzige Besserungsmittel von einigem Erfolge gegen die chronische Alkoholvergiftung und die Trunksucht lange Enthaltung von geistigen Getränken bei Arbeit, und zwar womöglich im Freien. Es empfiehlt sich ein Gesetz, welches unverbesserliche, gemeingefährlich gewordene Trunksüchtige in einer dazu eingerichteten Anstalt bei Arbeit und Abhaltung von geistigen Getränken von der Aussenwelt fernhält. Ausserdem sind genaue Ueberwachung der Schankstätten und der Reinheit des Branntweines, Verbilligung des Bieres und Kaffees, Belehrung der

Schüler, Bestrafung von Rauschexcessen und Verleitungen etc. nothwendig. Ausserdem ist besonders Sorge für gute Ernährung der Armen zu tragen (cf. Einleitung).

Trinkerasyle sind auf dem Lande unter Anlehnung an eine Irrenanstalt, jedenfalls unter ärztlicher Leitung zu errichten. Diese sind Wohlthaten für die Individuen wie für die Gesellschaft, vermindern die Zahl der Unglücksfälle und Verbrechen und bringen sogar noch kaum gehoffte Heilerfolge bei tief degenerirten Säufern. Vor allen Dingen sind sie wichtig dadurch, dass sie vor der Uebertragung der durch den Alkohol geschaffenen Infirmität durch Zeugung bewahren, und so ist der geübte Zwang der Isolirung berechtigt. Möglichst langer Aufenthalt in alkoholfreien Regionen kann Hülfe schaffen. Es ist nach der Freilassung des Patienten wohl daran zu denken, dass die lange Anstaltsbehandlung ihn wohl alkoholfrei gemacht hat, ob sie ihn aber von der Alkoholsucht geheilt hat, ist die Frage. Nach meiner Meinung bedarf der Genesene, ebenso wie der ehemalige Morphinist noch Jahre langer Beaufsichtigung im öffentlichen Leben (cf. §§. 431, 432, Therapie der Morphiumsucht). Für den praktischen Arzt ist von besonderer Wichtigkeit der Umstand, dass schwächende Eingriffe beim Säufer leicht Complicationen, namentlich Delirium tremens hervorrufen, und dass acute Krankheiten einen asthenischen, perniciösen Charakter annehmen.

ZWEITER ABSCHNITT.
Infectionspsychosen.

ERSTES CAPITEL.
Puerperal-Irresein.

Litteratur.

Hansen: Ueber das Verhältniss zwischen den puerperalen Geisteskrankheiten und der puerperalen Infection. Ztschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie XV, 1 cf. Kalischer's Referat: Neurol. Centralbl. 1888, No. 22 p. 637. — v. Krafft-Ebing: Psychiatrie. 3. Aufl. p. 211. — Ripping: Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen u. Säugenden. Stuttg. 1877, p. 99—114. — Salgó: Compend. p. 135. — Savage-Knecht: Geisteskrankheiten p. 442—452. — Kraepelin: Psychiatrie p. 32, 33. — Walter T. Colman: On one form of puerperal eclampsia. Lancet 1889, 23. Sept. — Newton: A successful and convenient method of treating puerperal eclampsia. Medic. Record 1889, 7. Sept. — Fernald: Puerperal-Geistesstörung. Amer. Journ. of obstet. 1887, Juli. — Spiegelberg: Lehrbuch d. Geburtshülfe, beend. v. Wiener. Lahr 1882, p. 644f. — Fürstner: Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Archiv f. Psych. V, p. 505. — Campbell Clark: Aetiologie, Pathologie und Therapie des puerperalen Irreseins. Journal of ment. science 1887, Juli u. Octob., 1888, Jan. — Esquirol: Die Geisteskrankheiten. I. Cap. 5. — Schneider: Ueber Mania lactea, in Nasse's Zeitschr. für Anthrop. 1823. p. 163. — Neumann: Krankheiten des

Vorstellungsvermögens. 1822. Cap. 14. — Kiwisch v. Rotterau: Die Krankheiten der Wöchnerinnen. II. 1841. p. 228. — Helm: Monographie der Puerperalkrankheiten. 1840. §§. 28, 46, 53, 75. — Sinogowitz: Die Geistesstörungen. 1843. §. 25. — Leubuscher: Verhandl. der Gesellsch. für Geburtshülfe. Berlin 1846, p. 94. — Macdonald: American journal of insanity. IV. 1847. p. 113. — Tonckens: De Mania puerperali. Diss. Gron. 1847. — Webster: Journal of psychological medicine. 1849. — Ideler: Die Vesania puerperalis. Charité-Annalen. II. 1. 1851. p. 122. — Weill: Consid. sur la folie puerpérale. Diss. Strasb. 1851. — Marcé: Traité de la folie des femmes enceintes etc. Paris 1858.

I. Aetiologie und Pathogenese.

§. 459.

Die Pathogenese ist nach v. Krafft-Ebing dunkel; die Puerperal-Psychosen, welche zu meiner Beobachtung gelangten, coïncidirten jedes Mal mit einer Infection. Auch von Anderen ist dieses beobachtet. Unter 49 Fällen bei Hansen (l. c.) von Geistesstörungen in den ersten (4—6) Wochen nach einer Geburt zeigten 42 Fälle Zeichen puerperaler Infection; 12 von diesen verliefen letal. Alle 12 boten die Symptome einer heftigen puerperalen Infection dar, die bei sieben erst nach dem Tode (Endometritis etc.) constatirt werden konnte. Bei 40 Kranken verlief resp. begann die Psychose als eine Hallucinose, in den beiden anderen Fällen handelte es sich wahrscheinlich um einen hallucinatorischen Erregungszustand von kurzer Dauer. In 5 von den 7 Fällen, in denen sich keine puerperale Infection nachweisen liess, hatten die psychischen Symptome einen ähnlichen Charakter, bei 4 dieser Kranken waren epileptiforme Krämpfe unmittelbar vorausgegangen, bei der fünften fand sich eine floride Phthisis. In den zwei Fällen, in denen weder acute Infection noch Eklampsie vorausgegangen war, verlief die Psychose in dem einen Falle in der Form einer manischen Erregung, in dem anderen in der Form einer Depression.

Campbell Clark kommt auf Grund der Beobachtung von 40 Fällen zu der Ansicht, dass die hauptsächliche Veranlassung für die Puerperal-Psychosen in Verarmung und Vergiftung des Blutes aus einer peripherischen Quelle her liege. In den meisten Fällen gehen die Erscheinungen der Blutvergiftung diesem Irresein vorher oder zur Seite. Die Intoxikation entsteht: 1) durch Verminderung und Hemmung der Ausscheidungen; bei 80% trat Vergiftung durch Ueberfüllung des Rectums und Verstopfung ein. Dazu kommt dann noch die vielfach behinderte Absonderung der Galle, des Schweisses, des Urins, der Lochien, der Milch; 2) durch septische Resorption; 3) durch zymotische Infection; 4) durch Alkoholexcesse. Neben der Blutvergiftung wirkt die Blutverarmung und Anämie, welche beiden Schädlichkeiten, durch Abscesse, durch Hämorrhagieen, Placenta praevia entstanden, die reizbaren

Nervencentren in weiterer Art erregen und Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und Vergesslichkeit verursachen.

Ausser Eklampsie und besonders Infection ist kein ätiologisches Moment für die Puerperal-Psychose von Bedeutung. Demgemäss ist der Name „puerperale Geistesstörung nur auf solche Psychosen zu beschränken, die mit puerperaler Infection in Verbindung stehen."

Tritt in den ersten Wochen des Puerperiums eine Psychose in Form einer Hallucinose auf, ohne dass sich eine andere (nicht puerperale) acute Infectionskrankheit findet, und ohne dass Eklampsie vorausgegangen ist, so liegt eine puerperale Infection vor, selbst wenn Fieber und andere somatische Symptome durch eine gründliche Untersuchung nicht nachweisbar sind. Bei den Psychosen, welche erst spät im Puerperium eintreten, zeigt sich häufig die Infection in der Form der Mastitis.

Unter den prädisponirenden Ursachen nimmt auch hier die hereditäre Veranlagung die erste Stelle ein, welche Campbell Clark in $^2/_3$ der Fälle nachweisen konnte. Nach Spiegelberg ist die Heredität von weiblicher Seite her von hervorragendem Einfluss, und das Wochenbett überhaupt bei Frauen die Veranlassung, durch welche die erbliche Geistesstörung zum Ausbruch kommt. Diese Disposition kommt häufig schon in früheren Geistesstörungen zum Ausdruck. So waren unter 21 von Hansen (l. c. p. 125) beobachteten geisteskranken Wöchnerinnen sieben schon früher geisteskrank gewesen, eine epileptisch und drei hysterisch. Unter den 18 Frauen, welche von diesen 21 an der Infections-Psychose litten und sämmtlich im frühen Stadium das Bild der Hallucinose zeigten, waren sechs schon vorher geisteskrank gewesen (drei in früheren Puerperien) und zwei hatten an hysterischen Krämpfen gelitten. — Von sieben geisteskranken Wöchnerinnen ohne Infection waren drei so lange krank, dass sie als unheilbar angesehen werden mussten.

Demnächst sind von besonderer Bedeutung theils Chlorose, Anämie, Uterusanomalieen, schwächender Einfluss vorausgegangener, schwerer somatischer Krankheiten, Blutverluste, rasch sich folgende Geburten, theils der deprimirende Einfluss der Furcht wegen der Niederkunft, Scham, Sorge wegen der Zukunft bei unehelich Gebärenden. Häufig ist eine Gemüthsbewegung, vorzüglich eine solche über den Tod des Kindes, die unmittelbare Veranlassung zum Ausbruch der Psychose.

Auch andere Ursachen wie Epilepsie, Alkoholismus etc. können, wie in anderen Formen der Psychosen, auch bei Wöchnerinnen Geistesstörungen erzeugen, die nur eine zufällige Verbindung mit dem Puerperium aufweisen und sehr selten sind.

Am häufigsten tritt die Geistesstörung nach der ersten, demnächst nach der zweiten und dritten Entbindung, viel seltener nach späteren Entbindungen auf. Ripping (l. c. p. 101) fand unter 82 puerperalen Erkrankungen, 24 nach der ersten, 11 nach der zweiten, 11 nach der dritten, 10 nach der vierten, 6 nach der fünften, 5 nach der sechsten u. s. w. Entbindung entstanden.

Will man das Puerperium von der Lactation abgrenzen, so scheint es das Richtige zu sein, den Status puerperalis auf die ersten 6 Wochen nach der Entbindung auszudehnen (Fürstner l. c. p. 517). In diesen Zeitraum zusammengedrängt fallen eine Reihe acut einsetzender Vorgänge, welche die Rolle occasioneller Ursachen für die Entstehung der Psychosen spielen. Sie zerfallen in zwei Gruppen, eine grössere, die vorwiegend während der ersten 12 Tage des Puerperiums sich geltend macht, zu welcher Fürstner Blutungen, Beginn der Lactation, Mastitis, Entzündung des Uterus und seiner Umgebung rechnet; zweitens eine kleinere, deren Einfluss sich auf die letzten beiden Wochen des angegebenen Zeitraumes erstreckt, bei welcher die durch den Wiedereintritt der Periode bedingten Störungen besonders berücksichtigt sein wollen. Der causale Zusammenhang zwischen den Momenten und dem Ausbruch der Psychose zeigt sich darin, dass das Auftreten der Geistesstörung sich fast regelmässig an die beiden aufgestellten Zeitperioden bindet. Der grösste Theil der Patientinnen erkrankt in den ersten zehn bis zwölf Tagen, ein kleinerer gegen die vierte bis sechste Woche; die Zwischenzeit ist ziemlich frei.

II. Allgemeine Symptomatologie.

A. Psychische Symptome.

§. 460.

Hansen will den Namen „puerperale Geisteskrankheit" auf solche Psychosen beschränkt wissen, welche mit puerperaler Infection in Verbindung stehen. Die Formen derselben bieten eine grössere Mannigfaltigkeit als die sonstigen mit dem Fortpflanzungsgeschäft verbundenen Psychosen. Es kommen vor:

A. Einfache Psychosen, und zwar meist in der Form der Hyperthymie, weniger häufig der Dysthymie; beide haben nichts Specifisches, wohl aber eine besonders günstige Prognose (Fürstner l. c. p. 522f.). Häufig tritt die Psychose auch als Hallucinose (cf. diese) in die Erscheinung. Nach kurzem deprimirten oder aufgeregten Einleitungsstadium kommt es sofort zu acuter hallucinatorischer Verwirrtheit, die nach kurzer Dauer (von 1—2 Tagen oder höchstens 3 Wochen) mit Genesung endet.

B. Die Form der Paraphrenia alternans mit wechselndem Verlauf. Oft ist ein melancholisches Vorstadium vorhanden; bisweilen fängt gleich die Manie das Bild an und geht schnell in Tobsucht mit hallucinatorischer Perturbation über; dieser folgt sehr häufig ein katatonisches Stadium, das in allmählichem Abklingen mit Remissionen und Exacerbationen in der Mehrzahl der Fälle in Genesung übergeht. Indessen kann sowohl das Stadium der hallucinatorischen Verwirrtheit als auch die Katatonie unmittelbar in Demenz übergehen; doch ist dann meist schwerere hereditäre Belastung und in früherer Zeit oder in der Gravidität aufgetretene Geistesstörung nachzuweisen.

Bei 1/3 der Wöchnerinnen von den 49 Fällen Hansen's, welche die Krankheit überlebten, bestand die psychische Störung in einer meist 8 Tage andauernden Hallucinose; bei 16 dauerte sie weniger als einen Monat, bei 2 nur einen Tag. In der Mehrzahl dauerte die Geisteskrankheit nach Schluss des ersten Stadiums kürzere oder längere Zeit unter einer anderen Form fort (Manie, Katatonie mit oder ohne Depression); der Verlauf zog sich von einigen Wochen bis zu 1—2 Jahren hin. Nur in einem Falle fand der Uebergang in wirkliche Manie statt: die Krankheit dauerte ein halbes Jahr bei einer Frau, die bereits vorher einmal geisteskrank war und es später noch zweimal wurde, stets unter der Form der Manie. Der Uebergang in das Tobsuchtsstadium der Manie oder in katatonischen Stupor fand häufiger statt, um mit Genesung zu enden. Jedenfalls bezeichnet die Hallucinose am besten den Symptomencomplex, welchen die puerperale Infection bei gewissen (disponirten) Individuen hervorruft. Eine deutliche Uebereinstimmung zwischen der Intensität der somatischen und der psychischen Symptome zeigten die einzelnen Fälle nicht; mitunter dauerte die Psychose nur kurze Zeit, welcher eine ernstliche, somatische Manifestation der Infection folgte, und andererseits dauerte die Psychose zuweilen bei weitem länger als die Symptome der Infection. Bei 24 Wöchnerinnen fand sich ernstliches Fieber zu Anfang der Geistesstörung (Akmepsychose, Fieberpsychose); bei 4 begann die Psychose mit dem Sinken der Fieber-Temperatur (postfebrile Psychose). In 5 Fällen trat die Psychose einige Tage vor dem Fieber auf (Prodromal- oder Incubationspsychose). Diese 5 Fälle verliefen letal. Der Symptomencomplex der Psychose war meist derselbe, und die gemeinschaftliche Ursache wird in der Infection zu suchen sein (Infectionsdelirien, Infectionspsychose). Tritt die Psychose, wie in der bei weitem geringeren Anzahl der Fälle geschah, zur Zeit des Incubations- oder postfebrilen Stadiums auf, so zeigt sie eine gewisse Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von dem somatischen Leiden; im Akmestadium hingegen, wo sie mit den somatischen Symptomen zusammen auftritt, treten diese oft in den Vordergrund. Die Prodromalpsychosen treten bei ernstlicherer Infection auf als die Initial- resp. Akmepsychosen, und diese wiederum bei schwererer Infection als die postfebrilen Psychosen (Hansen, Kalischer l. c.).

Dem Auftreten nach unterscheidet Fürstner zwei Arten von Alterationen:

1. Solche, welche in den ersten 10—12 Tagen, meist zwischen dem 5. und 10. Tage eintreten. Diese frühen Puerperalpsychosen zeigen in erster Linie das Krankheitsbild der Hallucinose mit ängstlichen Affecten im Anschluss an die Entbindung. Es handelt sich bei ihnen in den meisten Fällen um ganz transitorische Störungen, die selten

Aufnahme in die Irrenanstalten erfordern. Sie haben also meist die Formen des während des Partus auftretenden Irreseins, sind aber dadurch von jenem deutlich geschieden, dass sie erst nach der Geburt einsetzen, und zwischen der Geburt und ihrem Auftreten stets einige Tage völlig normalen Verhaltens liegen.

2. Solche, welche in der 4. bis 6. Woche nach dem Geburtsacte in die Erscheinung treten. Auch sie können in den Formen der Dysthymie und Hyperthymie ablaufen, meist aber tragen die puerperalen Psychosen dieser Epoche einen paraphrenischen Charakter und zeichnen sich durch eine relative Attonität und Schwere der Erkrankung, ferner durch ein sehr kurzes Prodromalstadium und durch ein Vorwalten von sehr lebhaften Sinnestäuschungen, meist irritirender Art aus.

Bei den puerperalen Psychosen ist sexuelle Erregung selten, mindestens viel weniger häufig, als bei verschiedenen anderen Formen von Seelenstörung weiblicher Individuen.

Wie in einer Krise erscheinen die Kranken bisweilen, kurz nachdem sie vorher noch sehr unruhig gewesen, mit einem Male ruhiger, fordern zu trinken, fragen nach Gefässen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, oder erkennen plötzlich ihre Umgebung wieder. Dann kann man gewöhnlich auf baldigen Nachlass aller Erscheinungen hoffen. Allein auch solche Patientinnen, die bereits in der Genesung vorgeschritten sind, bleiben immer noch in hohem Grade zu neuen Tobsuchtsanfällen prädisponirt. Ausser durch Selbstmord können Manche hinterher noch durch Entkräftung oder an Septicämie resp. Pyämie (Decubitus) zu Grunde gehen.

Das Puerperium ist auch für die Erzeugung einer anderen Form von Delirien, nämlich für die Inanitionsdelirien ein äusserst günstiger Boden. Diese Delirien kommen nach einer beträchtlichen Blutung zum Ausbruch und schwinden unter dem Gebrauch von Eisen und roborirender Diät nach achtwöchentlichem Bestehen (Fürstner). Die häufigsten Formen sind Erregungs- und Depressionszustände; öfters erscheint auch das Bild der Katatonie; Neigung zum Selbstmord zeigte sich unter 131 Fällen in Bedlam (Webster) 41 mal (31 %).

B. Somatische Symptome.

§. 461.

Was die Secretionen anbetrifft, so können sie: 1. schon vor dem Ausbruch des psychischen Anfalles infolge einer anderen Puerperal-Erkrankung ausgeblieben sein; 2. können sie neben jenem ganz ungestört

oder wenig verändert fortbestehen; 3. können sie gleichzeitig mit dem Eintritt desselben ausbleiben.

Die Menstruation ist in den meisten Fällen bedeutend verzögert. Bei vielen Geisteskrankheiten der Weiber wird überhaupt eine Menstruations-Cessation oft bis über ein Jahr beobachtet. Dieselbe lässt nicht selten, trotzdem die Frauen nicht stillen, 3—4 Monate auf sich warten, zeigt sich dann einmal, bleibt am nächsten Termin vielleicht wieder aus, kurz, bietet Unregelmässigkeiten der verschiedensten Art, sodass in der That eine Wechselwirkung zwischen Psychose und Menstruation nicht zu verkennen ist.

Bei sehr unruhigem und lange dauerndem Tobsuchtsanfall bildet sich oft ein enormer Decubitus aus. Er entsteht durch das starke Hin- und Herrutschen im Bett und ist selbst durch Luftkissen und jedwede Verbesserung der Unterlage und des Bettes nicht zu verhüten. Anfangs ist bei solchen Kranken oft Stuhlverhaltung und sogar in der Regel ein grosser Torpor des Magens und Darmcanals vorhanden, sodass die stärksten Abführmittel und Klystiere gar nicht oder nur unregelmässig wirken.

III. Specielle Symptomatologie.

A. Einfache Psychosen.

I. Hyperthymia gravis puerperalis.

§. 462.

Der Ausbruch des bei Weitem grössten Theiles der Puerperalpsychosen und damit auch der Erregungsphasen fällt in die ersten vierzehn Tage nach der Entbindung und von diesen ist wiederum der Abschnitt vom 5. bis 10. Tage ganz besonders bevorzugt.

Die anamnestischen Angaben zeigen im Allgemeinen folgendes Bild: Die Schwangerschaft ist meist ohne erhebliche Störung abgelaufen; die Entbindung ist ohne Kunsthülfe von Statten gegangen, die ersten drei Tage nach der Entbindung bestanden weder Kopfschmerz, noch Schwindel, noch Schlaflosigkeit oder Stimmungsanomalieen.

Am vierten oder fünften Tage bemerkt die Umgebung ein etwas sonderbares Benehmen bei den Wöchnerinnen; entweder werden sie deprimirt, still, zeigen Aversion gegen das Kind, oder sie sind reizbar, tadeln die Pflege, schimpfen ohne Motive über die Angehörigen; Andere endlich sind ungemein rührselig und beweglich, vielgeschäftig und wunschvoll; sie wollen aus dem Bett, empfangen Besuch, unterhalten sich sehr lebhaft, denken daran, wieder häusliche Verrichtungen vorzunehmen; zu diesen Symptomen gesellt sich bald Schlaflosigkeit. Nachdem diese Prodrome mehrere Tage in gleicher Stärke angehalten haben,

steigern sie sich allmählich: die Kranken werden sehr gesprächig, die Stimmung wechselt unmotivirt, die motorische Erregbarkeit wird immer grösser, vor lauter Reden, Schreien und Singen kommen die Patienten kaum zur Nahrungsaufnahme, zerreissen ihre Kleider, zerstören Geräthe, maltraitiren das Kind und werden dann im Zustand ausgesprochener Manie in die Anstalt gebracht. Hier tritt nach kürzerer oder längerer Zeit eine geringe Remission der Erscheinungen ein, die jedoch nicht anhält, sondern sehr bald wieder einer stärkeren Unruhe Platz macht. Excessive Steigerung der psychischen und motorischen Thätigkeit, überstürzendes, zur Verwirrung führendes Aufbauschen der Gedanken, verbunden mit einem unwiderstehlichen Drange zu reden oder zu handeln sind Hauptsymptome.

Erfahrungsgemäss erreicht der grösste Theil der Fälle in 6 bis 7 Monaten seinen Abschluss und zwar mit Heilung.

Es kann auch nach einem Abortus mit bedeutendem Blutverlust Puerperalirresein auftreten. Die Symptome sind dann massenhafte Sinnestäuschungen des Gesichts und Convulsionen. Die Dauer beträgt etwa fünf Monate.

Die puerperale Hyperthymie hat eine günstige Prognose.

Therapie. Vor Allem ist auf die Defäcation der Kranken sorgfältig Acht zu geben. Sehr häufig finden sich bei Puerperalen Diarrhöen, welche die an und für sich schon heruntergekommenen Kranken noch mehr schwächen; letzteres wird natürlich in viel höherem Grade geschehen, wenn sich Diphtheritis des Darms entwickelt.

2. Dysthymia gravis puerperalis.

§. 463.

Ebenso wenig wie die Hyperthymie bietet die Dysthymie der Puerperalen etwas Specifisches. Die Dauer derselben beträgt durchschnittlich 9 Monate. Auffällig ist die offenbar auf Erschöpfung beruhende tiefere Bewusstseinsstörung und die asthenische Färbung des Krankheitsbildes. Das Wesen der Kranken ist mürrisch, zerstreut, traumhaft, vergesslich, unbesinnlich. Episodische Hallucinationen und intercurrirende Angstzufälle sind häufig. Für die Puerperal-Dysthymie ist eine günstigere Prognose zu stellen, als es sonst diese Form der psychischen Erkrankungen erlaubt.

3. Die Hallucinose der Wöchnerinnen, das hallucinatorische Irresein der Wöchnerinnen (Fürstner), das puerperale maniakalische Aequivalent (Samt).

§. 464.

Dem psychischen Krankheitsprocesse geht ein Incubationsstadium voraus, dessen Dauer sehr variiren kann; mehrere Wochen vor dem Aus-

bruch bemerkt man Umänderung der Denk-, Empfindungs- und Handlungsweise, in anderen Fällen zeigen nur wenige Tage eine Stimmungsalteration. Die Kranken sind still, einsilbig, ängstlich, klagen über Frost, Hitze, Wüstsein im Kopfe. Am Abend vor der Krankheit z. B. sind sie sehr lebhaft, lachen, gesticuliren viel, werden verwirrt; es entwickelt sich das typische Bild der Hallucinose. Die Prodrome erreichen weder einen besonders starken Grad, noch tragen sie mit einiger Regelmässigkeit einen bestimmten depressiven oder exaltirten Charakter. Dem eigentlichen Eintritt der Krankheit ist nicht ein progressives Anwachsen, eine allmähliche Steigerung der Aeusserungen des gestörten Seelenlebens eigenthümlich, sondern dieselbe setzt sofort mit voller Intensität ein, mit Kundgebungen und Acten, über deren Krankhaftigkeit auch dem Laien keine Zweifel bestehen. Kaum aber hat sich mit derartigen Aeusserungen die entsprechende Psychose angekündigt, so folgt lawinenartig anwachsend Delirium auf Delirium. Ganz verkehrte, nicht selten gewaltthätige Handlungen gesellen sich hinzu, und in kurzer Zeit bieten die bis dahin ruhigen, verständigen Kranken das Bild vollständiger Verwirrtheit, gepaart mit heftiger motorischer Erregung. Gerade dieses acute, intensive Einsetzen der ersten Symptome der Geistesstörung, das rapide in Stunden oder nach kurzer Zeit zur völligen Verwirrtheit, mit stärkster motorischer Erregung führende Anschwellen derselben, kann man als charakteristisches Merkmal für diese Form der Puerperalpsychosen betrachten.

Der Ursprung der Aeusserungen der Patientinnen ist in Sinnestäuschungen zu suchen. Alle Kranke geben übereinstimmend an, dass *die Krankheit mit Hallucinationen beginnt.* Bei den ersten Hallucinationen haben die Kranken nicht selten das Gefühl, dass es sich um etwas Krankhaftes handle, und suchen sich zu überzeugen, ob diesen seltsamen Erscheinungen etwas Materielles zu Grunde liege. Je mehr sich aber die Hallucinationen häufen, desto rückhaltsloser giebt sich die Kranke ihnen hin. Die Sinnestäuschungen selbst sind namentlich während des ersten Stadiums der Erkrankung unangenehmer, schreckhafter Natur, die Gemüthsstimmung der Kranken daher vorwiegend ängstlich. Die veränderten, zum Theil gewaltsamen Acte haben ihre Quelle in Delirien der Sinnesperception. *Man hat es hier nicht mit blind sich äussernden Impulsen, mit einem triebartigen Handeln zu thun, sondern mit in gewissem Sinne zweckmässigen, durch Hallucinationen provocirten Acten.* Für das Bestehen dieses Causalnexus zeugen die Angaben, welche die Genesenden aus dem Beginn ihrer Erkrankung machen, da eine summarische Erinnerung besteht. Häufen sich freilich die Sinnestäuschungen, sind die Kranken hierdurch verwirrt, so unterscheidet sich scheinbar auch ihr Thun und

Treiben in keiner Weise von dem im maniakalischen Stadium sich befindender Paraphreniker; und es lässt sich, da später gerade für diesen Höhepunkt der Erkrankung ein Erinnerungsdefect zu bestehen pflegt, der Zusammenhang zwischen Delirium und Handlung nicht mehr mit Präcision feststellen. Dass aber auch hier noch Wechselbeziehungen zwischen beiden bestehen, scheint aus der mitten im Paroxysmus auftretenden Remission oder Intermission zu erhellen. Mit einem Schlage, wie sie gekommen, schwinden nicht selten die Sinnestäuschungen, namentlich in den ersten Tagen der Erkrankung, und gleichzeitig kehrt vollkommen ruhiges und verständiges Wesen bei den Kranken wieder zurück. Sie erkennen womöglich die Hallucinationen als krankhaft an, lachen über sie, um nach einigen Stunden sich von ihnen wieder vollkommen beherrschen zu lassen. Diesen Remissionen ist übrigens eine grosse Vollständigkeit eigen, viel mehr als dies bei gewöhnlichen Erregungszuständen der Fall zu sein pflegt; trotz sorgfältigen Explorirens gelingt es nicht, etwas Krankhaftes an den Patientinnen zu entdecken. Am Vormittag gaben die Kranken nach Fürstner klare Auskunft, erkannten die Sinnestäuschungen als solche an, suchten Beschäftigung, zeigten auch keine Stimmungsanomalieen, Nachmittags fingen sie wieder an, ängstlich und unruhig zu werden, Abends musste man sie womöglich isoliren. Die Dauer dieser Psychose ist kaum länger als 3 Monate.

B. Die Paraphrenia katatonica der Wöchnerinnen.

§. 465.

Die von Fürstner beobachteten Kranken zeigten im Allgemeinen folgendes Verhalten: Sie sassen mit gefalteten Händen unbeweglich auf ihrem Stuhl; nöthigte man sie zum Aufstehen, so gingen sie wohl einige Schritte, blieben dann aber wieder stehen; die Gliedmaassen verharrten in gegebenen Stellungen. Bei Nadelstichen verzog sich das Gesicht schmerzhaft, durch den Inductionsstrom war auch wohl eine abwehrende Bewegung oder gar ein „Nicht mehr“ herauszupressen. Fütterung wurde nur in einem Falle vorübergehend nöthig, auch waren die Patientinnen meist sauber. Fragen blieben unbeantwortet, obwohl das Mienenspiel deutlich erkennen liess, dass sie meist percipirt waren (katatonischer Stupor). Auch sonst verrieth das Gesicht, dessen Ausdruck für gewöhnlich ein gleichmässig ruhiger war, das Auftreten von Affecten: die Kranken lachten, weinten, errötheten, runzelten zornig die Stirn; und zwar waren diese Kundgebungen theilweise durch äussere Vorgänge, Scherzworte oder Reizungen anderer Kranken, Besuch von Verwandten etc. hervorgerufen, theilweise traten sie aber auch ohne nachweisbares Motiv auf. Spontan wurden bisweilen, namentlich wenn sich die Kranken, wie dies gern geschah, isolirten, abgerissene, unverständliche Aeusserungen

gemacht. Dies katatonisch-stuporöse Verhalten wurde durch ganz plötzlich auftretende, motorische Impulse unterbrochen: Schlagen anderer Kranken, Zertrümmern von Scheiben, Fortwerfen des Essens, lautes Brüllen und Lachen. Ausserdem bestand Schlaflosigkeit, keine Neigung sich zu beschäftigen.

Der Uebergang in die Reconvalescenzperiode kann entweder ein ganz unvermittelter oder ein mehr allmählicher sein. Die Kranken fangen plötzlich an zu sprechen, zeigen sich orientirt, erkennen ihre Krankheit. Der geringe Grad von Verwirrtheit, der in den ersten Tagen noch zu bestehen pflegt, macht immer mehr einer Lucidität Platz, die nur vorübergehend durch Sinnestäuschungen getrübt wird; in wenigen Wochen kann die Heilung vollendet sein. Bei Anderen geht diese günstige Umwandlung langsamer vor sich, nimmt oft Monate in Anspruch; Rückfälle lassen sich noch constatiren, wenn die Ursachen derselben, die Hallucinationen, schon als krankhaft erkannt werden. Hartnäckig pflegt das Gefühl der Sprachbehinderung zu sein. Anfangs werden nur die einfachsten Worte hervorgebracht „Ja“, „Nein“; erst allmählich wird die Ausdrucksweise reichhaltiger und fliessender; selbst während einer weit vorgeschrittenen Reconvalescenz kann man nicht selten noch ein Stocken und Zögern bei einzelnen Worten beobachten, welches irrthümlicher Weise die Ansicht erwecken kann, als hätten die Kranken das Bestreben, sich möglichst geziert auszudrücken.

Der Verlauf der Psychose beginnt nach unbedeutenden vagen Prodromen mit einem acut einsetzenden, vorübergehend remittirenden Stadium hallucinatorischer Aufregung, das eine progressiv sich steigernde Perturbation und bleibende motorische Erregung producirt; geht dann über in die zweite Periode, die charakteristisch ist durch ein katatonisch-stuporöses, stummes, auf pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten und durch Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits den Kranken in seiner Perturbation zu gewaltthätigen Handlungen fortreissen, andererseits nicht so dominirend sind, dass sie die Perception für äussere Vorgänge unmöglich machen. Das erste hallucinatorische Erregungsstadium, sowie das zweite stuporöse kann auch unmittelbar in Demenz übergehen. Den Schluss macht die Reconvalescenz-Periode, in welcher der Intensität entsprechend ein schnelleres oder langsameres Cessiren und Schwinden der Sinnestäuschungen erfolgt, völlige Lucidität, normal psychisches Verhalten zurückkehrt.

IV. Diagnose des puerperalen Irreseins.

§. 466.

Die Differentialdiagnose zwischen Fieberdelirien und Psychose ist bei Wöchnerinnen im Beginn der Erkrankung häufig schwierig, wenn

nicht unmöglich, weil Fieberdelirien meist erst auftreten, nachdem schon mehrere Tage andere Anzeichen für das Bestehen eines causalen somatischen Processes vorangegangen sind. Erst der weitere Verlauf, und zwar entweder ein plötzliches Verschwinden oder eine Hand in Hand mit den Fieberbewegungen gehende Zu- und Abnahme der Delirien wird ein sicheres Urtheil erlauben. Als unsicheres Kriterium erweist sich das Fieber aber ebenso dadurch, dass eine gewisse Kategorie von Frauen, welche als nervöse Individuen bezeichnet werden sollen, schon bei geringen Temperaturschwankungen in ihrer psychischen Thätigkeit beeinträchtigt erscheint, dass andererseits auch reine Psychosen ohne Complication mit Fieber einsetzen. Die körperliche Untersuchung wird auf die richtige Diagnose führen. Wöchnerinnen sind zu entzündlichen Vorgängen aller Art ganz besonders disponirt. Man verabsäume deshalb niemals die Brüste, die Vagina, die Lochien, das Herz, die Lungen, die Excremente, den Anus einer genauen Prüfung zu unterziehen. Delirien sind nach genügenden Incisionen in die vereiterte Mamma, nach energischer Reinigung diphtheritischer Vaginalgeschwüre oft in ganz kurzer Zeit verschwunden.

V. Dauer und Prognose der puerperalen Psychosen.

§. 467.

Die Prognose der Wochenbettpsychosen ist in Bezug auf Dauer und Genesung die günstigste von allen psychischen Erkrankungen, welche mit dem Geschäft der Fortpflanzung in Verbindung stehen. Die früh eintretende hyperthymische Form giebt eine bessere Prognose als die später einsetzende Dysthymie mit Selbstmordtrieb, eine um so bessere, je näher der Ausbruch der Geburt liegt. Die Hallucinose heilt meist in 6—8 Wochen; aber auch bei der Katatonie muss man sich hüten, zu früh eine ungünstige Prognose zu stellen; da selbst nach 6 bis 8monatlicher Dauer des Stadium stuporosum Reconvalescenz eintreten kann.

Doch wird die Heilbarkeit zuweilen auch überschätzt: In Bedlam wurden von 181 Fällen 81 (41,83%) geheilt, während für sämmtliche Fälle von Irresein dort in 20 Jahren die Heilungen 53,67% betrugen (Webster); Madden's Angaben zufolge genasen von 1000 Patientinnen 688 innerhalb 6 Monaten. Von allen in einer Irrenanstalt aufgenommenen Frauen leiden ca. 7% an der puerperalen Psychose.

Nach Spiegelberg dauert die Hallucinose selten über drei Monate hinaus; die Angaben über längere Durchschnittsdauer (bis zu 8 Monaten) rührten aus Irrenanstalten her, in welche nur die schwereren Fälle gelangten. Auch für diese ist die Prognose, wenn nicht Complicationen vorliegen, nicht ungünstig. Zuweilen verläuft eine schon bestehende

Tuberculose nach der Geburt unter den Erscheinungen der Puerperal-hyperthymie rasch tödtlich ab. Selten wird das Leiden chronisch, und bleiben psychische Störungen zurück, die schliesslich in Blödsinn übergehen.

VI. Therapie und Prophylaxe der Puerperalpsychosen.

§. 468.

Spiegelberg (l. c. p. 643) fordert, dass man den exquisit Disponirten die Ehe verbieten sollte. Als Prophylaxe ist während der Schwangerschaft für gute Ernährung zu sorgen und die Defäcation sorgfältig zu überwachen; einerseits kann die Anhäufung der Fäces im Darm zu Autointoxikation führen (cf. oben §. 459); andererseits sind von Fürstner (l. c. p. 521) sehr häufig bei Puerperalen Diarrhöen beobachtet, die den schon geschwächten Körper noch mehr herabbrachten. Dies tritt um so eher ein, wenn sich Diphtheritis des Darms entwickelt, eine Complication, für welche Puerperale sehr empfänglich sind, und welche die Mortalitätsziffer derselben so sehr erhöht.

Simpson glaubte (1853) eine prophylaktische Wirkung der Chloroformanwendung bei der Geburt gegen das puerperale Irresein annehmen zu können. Dies hat sich nicht nur nicht bestätigt, sondern es liegen Fälle vor, wo gerade die Chloroforminhalation den Ausbruch der Geisteskrankheit zu determiniren schien (Webster).

Während der Dauer des Irreseins sind vorzüglich Roborantia und Tonica in Anwendung zu bringen. Daneben ist auf Beseitigung vorhandener Reizheerde oder localer Veränderungen Bedacht zu nehmen. Es ist vor Allem auf die geistige Pflege Werth zu legen, und deshalb für frühzeitige Unterbringung der Kranken in einer geschlossenen Irren-Anstalt Sorge zu tragen.

Anhang.

Die puerperale Eklampsie.[1]

§. 469.

A. Aetiologie und Pathogenese.

Unter Eklampsie versteht man die mit vollständigem Verlust des Bewusstseins auftretenden, von Koma gefolgten, allgemeinen Convulsionen der Wöchnerinnen, Schwangeren und Kreissenden. Der Ausbruch der Eklampsie kommt am häufigsten bei der Geburt vor, doch zeigt eine grosse Reihe von Fällen diese Krankheit erst nach völlig beendeter Entbindung. Die Zeit des Eintritts dieser eigentlichen puerperalen Eklampsie fällt am häufigsten in die ersten zwölf Stunden nach Been-

[1] Cf. Winkel: Die Pathologie und Therapie des Wochenbetts. 3. Auflage. Berlin 1878, p. 485—497.

digung der Geburt, einzelne seltene Fälle noch bis zum fünfzehnten Tage des Wochenbettes. Die vorangegangene Geburt war in jenen Fällen meist normal. Die puerperalen Convulsionen kommen weit häufiger bei Erst- als bei Mehrgebärenden vor; verhältnissmässig oft bei alten Erstgebärenden, ziemlich oft bei Zwillingsschwangerschaft, öfters bei solchen Individuen, die bereits in der Schwangerschft an Oedemen und Albuminurie litten, also bei stärkerem Grade von Hydrämie, stark gefüllter Urinblase. Compression und Dilatation der Uretheren und Darmreize sind occasionelle Momente für den Ausbruch der Eklampsie, ferner manuelle Reizungen des Uterus.

Ueber die anatomischen Ursachen giebt es 2 Theorien: 1. die urämische, 2. diejenige, wonach die Eklampsie weiter nichts mit einer Nierenerkrankung zu thun hat, als dass Albuminurie die Hydrämie und damit auch die Prädisposition zur Eklampsie steigert.

Pathologische Anatomie: Im Gehirn besteht hochgradige Anämie mit mehr oder weniger starken Oedemen und Abplattung der Gyri, seltener starke Hyperämie bis zu capillären Apoplexieen und apoplektischen Heerden von Taubeneigrösse, mitunter auch amyloide Degeneration der Nieren. In einem Falle, wo der eklamptische Anfall zwei Mal in verschiedenen Wochenbetten auftrat, und das zweite Mal mit Tod endigte, fand man eine Narbe und Cyste als Residuen früherer Blutergüsse, frische Meningitis, Herz und Nieren normal.

Die Nieren finden sich in ca. 40% der Fälle nicht erkrankt. In zwei Dritteln der Fälle, welche mit Nierenerkrankung verbunden waren, sind nur die Symptome der acuten Hyperämie, des Stauungskatarrhs der Niere gefunden, weit seltener ist interstitielle, diffuse Nephritis constatirt worden. Die Nieren sind hyperämisch geschwellt, die Zellen der gewundenen Canäle unregelmässig gestaltet, mit albuminoider Masse und zuweilen mit Fetttröpfchen gefüllt. Der Urin enthält in der Regel auch Eiweiss, jedoch findet sich dieses nicht nur bei anomalen Geburten, sondern auch im Harn des normalen Wochenbetts. Der Eiweissgehalt des Urins ist also keineswegs ein constantes Phänomen der Eklampsie.

Die Anhänger der urämischen Intoxikation als Ursache der Eklampsie behaupten, dass ein Zustand acuter Retention von Absonderungsproducten der Nieren im Blute jene hervorrufen. So ist man zu der Behauptung gekommen, es sei der durch irgend ein Ferment in kohlensaures Ammoniak zersetzte Harnstoff und also die Ammoniämie, welche jenes Leiden hervorrufe. Indessen kann diese Lehre nicht für alle Fälle von Eklampsie Anwendung finden, und es ist noch immer sehr zweifelhaft, ob sie überhaupt für irgend einen passt. Dagegen hat man bewiesen, dass, wenn durch Zunahme des Blutserums und der Spannung

im Aortensystem Hirnoedem bewirkt wird, und diesem Anämie des Gehirns folgt, ein Koma und später Convulsionen eintreten, sobald ausser dem Grosshirn das Mittelhirn anämisch wird. Hiernach sind also zwei ursächliche Momente ergründet, die Hydrämie und die vermehrte Spannung im Aortensystem, und es sind zwei Gehirnbefunde für die Eklampsie festgestellt: Anfangs das Hirnoedem und secundär erst die Anämie des Mittelhirns (l. c. p. 490).

B. Symptomatologie.

Deutliche Vorboten gehen der Eklampsie voraus. Kopfschmerzen, Uebelkeit, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Amblyopie, selbst Amaurose, Schmerz im Epigastrium, Erbrechen, Muskelzittern, Verstimmung oder Aufregung, Lachen und Weinen, Schwatzhaftigkeit etc. Diese Symptome dauern nur kurze Zeit, oft nur wenige Augenblicke, mitunter jedoch auch Tage lang. Gewöhnlich bricht der eklamptische Anfall sofort aus: Mit lautem Aufschrei oder ohne jede Aeusserung zeigen die Kranken plötzlich convulsivische Bewegungen der Extremitäten, oft Anfangs nur in einem Arm, nach wenigen Minuten auch im anderen, dann am Kopfe und an den unteren Extremitäten. Während Arme und Beine heftig angeschnellt oder starr umgedreht werden, die Augen hin und her rollen, die Respiration Anfangs keuchend ist, demnächst ganz aussetzt, Schaum vor den Mund tritt, mit den Zähnen geknirscht und die Zunge zerbissen wird, ist das Gesicht blauroth gedunsen, die Pupille weit, oder umgekehrt bisweilen sehr eng, sie reagirt nicht gegen Lichtreiz; das Bewusstsein ist völlig geschwunden. Der Puls ist klein, sehr frequent. Die Respiration wird schnarchend nach der Höhe des Anfalls, und die Temperatur steigt mit jedem neuen Anfall ganz merklich, mitunter bis über 40,5 °. Mit dem Aufhören der Krämpfe wird der Puls voller, langsamer, die Respiration gleichmässiger, laut und schnarchend; die Temperatur sinkt etwas, blutiger Schaum dringt bei der Athmung hervor, die Kranken liegen im Sopor da, aus dem sie nach kürzerer oder längerer Zeit erwachen. Die Genesung erfolgt mit Abnahme der Dauer und Intensität der Paroxysmen und durch Verfallen in ruhigen, tiefen Schlaf. Wiederholt ist nach dem Anfalle Amaurose eine Zeit lang geblieben. Während und nach der Eklampsie können tobsüchtige Erregungszustände auftreten. Je schwächer und weniger zahlreich die eklamptischen Anfälle waren, von desto geringerer Intensität pflegt auch die psychische Erregung zu sein. Der Tod kann entweder während eines Anfalls selbst oder im komatösen Stadium an Lungenoedem, Apoplexie des Gehirns oder später an sonstigen puerperalen Erkrankungen erfolgen (l. c. p. 492).

C. Diagnose.

Die Diagnose hat zunächst den Unterschied zwischen Eklampsie und Epilepsie festzustellen. Kann man nicht durch die Umgebung erfahren, dass die Erkrankte schon solche Krämpfe vor der Schwangerschaft gehabt, so muss man den Verlauf und die Folgen der Convulsionen für die Mutter streng prüfen. Bei den hysterischen Convulsionen fehlt gewöhnlich das Bewusstsein nicht, die Zuckungen sind geringer, das komatöse Stadium fehlt, die Kranken weinen, schreien oder lachen selbst während der Anfälle. Eine Verwechselung der Eklampsie mit Convulsionen durch Meningitis kann vorkommen; bei der letzteren ist der Anfall selten allgemein und regelmässig wiederkehrend, die Zuckungen sind mehr allmählich zunehmend und unregelmässig in den einzelnen Muskelgruppen; gewöhnlich ist auch längere Zeit schon Fieber vorangegangen, die Kranken sind bereits unbesinnlich, somnolent gewesen; doch ist der Unterschied keineswegs immer so prägnant (l. c. p. 494).

D. Prognose.

Dieselbe ist für die eigentliche puerperale Eklampsie bedenklich, aber doch weit weniger, wie für die bei der Geburt auftretende, indem doch 80 % der Wöchnerinnen genesen. Je geringer die Anzahl der Paroxysmen, je grösser ihre Zwischenräume sind, um so besser ist die Vorhersage. Wenn nicht der Tod oder völlige Genesung erfolgt, so bleibt entweder Bronchio-Pneumonie oder Phlegmasia alba oder Parametritis oder nervöses Delirium, in seltenen Fällen halbseitige Lähmung nach der Eklampsie zurück. Bisweilen wiederholt sich die Eklampsie im folgenden Wochenbett. Erstgebärende mit Eklampsie sollen weniger gefährdet, ein Sinken der Temperatur bald nach dem Anfall soll für die Vorhersage günstig sein (l. c. p. 494, 495).

E. Therapie.

Es giebt zwei Arten von Mitteln: Allgemeine Blutentleerung und starke Anregung der Darm-, Harn- und Schweisssecretion durch Diaphoretica, Diuretica und Drastica (Jalappe, Extract. Aloës mit Extr. Colocynth., Essig- und Salzklystiere). Bei trockener, spröder Haut Einwicklung in ein nasses kaltes, bei weicher in ein nasses heisses Laken und Umwicklung mit wollenen Decken; man kann die Application von Kälte auf den Kopf und Abführmittel damit verbinden. Im Anfalle selbst chloroformire man; hilft das Chloroform nicht, so gebe man starke Dosen von Opium innerlich oder hypodermatisch; Morphium leistet vorzügliche Dienste, ebenso Chloralhydrat zu 1—1,5 g in wässeriger

Lösung beim Beginn jedes Anfalls in den Mastdarm injicirt; neben ihm noch eine einmalige Dosis von 0,01 g Morphium hypodermatisch; bei starken Kopfcongestionen je nach Umständen Blutegel an die Stirn oder hinter die Ohren, Hautreize in den Nacken, kalte Umschläge oder die Eisblase oder kalte Uebergiessung des Kopfes. In der Nachbehandlung hat man bisweilen durch Reizmittel dem drohenden Collaps vorzubeugen, ferner durch Anwendung tonisirender Medicamente und kräftiger Nahrung auf Beseitigung der Hydrämie hinzuwirken. Das Kind darf auf keinen Fall von der Genesenden gesäugt werden. Die Reizbarkeit und Hydrämie derselben würden dadurch nur noch vermehrt werden (l. c. p. 495, 496).

ZWEITES CAPITEL.

Delirium acutum.

Litteratur.

v. Krafft-Ebing: Psychiatrie p. 630—642. — Schüle: Klin. Psychiatrie p. 325—340. — Jolly: Ueber das Vorkommen von Fettembolie bei aufgeregten Geisteskranken. Arch. f. Psych. XI. p. 201. — Scholz: Handbuch p. 122—124. — Spitzka: Delirium grave. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1887, 13. Aug. (ref. Neur. Centralbl. 1888, No. 24 p. 683). — Buchholz: Zur Kenntniss des Delirium acutum (2 Fälle mit wachsartiger Degeneration der Skelettmuskulatur). Archiv f. Psych. XX. p. 788. — Savage-Knecht: Geisteskrankheiten p. 112—119. — Fürstner: Ueber Delirium acutum. Arch. f. Psych. XI. p. 517. — Brierre: Du délire aigu. Union méd. 1849 und Méd. de l'Académie de méd. XI. — Luther Bell: Amer. journ. of insanity 1849 (Zeitschr. f. Psych. VIII. p. 107). — Jensen: Ztschr. f. Psych. XI. p. 616.

I. Begriff des Delirium acutum.

§. 470.

Wenn ich dem Delirium acutum einen Platz unter den Infectionspsychosen anweise, so können dafür bis jetzt zwar keine exacten Forschungs-Resultate angeführt werden. Indessen hat mich das unvermittelte, plötzliche Auftreten des Delirium acutum auf dem Boden eines durch schwächende Einflüsse für Noxen leicht empfänglich gewordenen Centralnervensystems, der eminent schwere Verlauf und der jähe und rasche letale Abschluss auf die Vermuthung gebracht, dass es sich in diesen Erkrankungen um Infection handele. Denselben Standpunkt vertritt auch Fürstner. Bezzonico, der sich dieser Meinung anschliesst, verweist sogar auf Briand, der unter 7 Fällen acuter Delirien 3 mal Bacillen im Blute fand. Die Versuche Buchholz's, mit dem Blute der von ihm beobachteten Patienten Culturen anzulegen, blieben negativ, trotzdem bei Schnittpräparaten Bacillen und Mikrokokkencolonien gefunden waren.

Was den Begriff des Delirium acutum betrifft, so versteht man darunter allgemein einen Symptomencomplex, der sich aus acutem Beginn, Hallucinationen, Delirien, Bewusstseinstrübung, rapidem Kräfteverfall, aus Temperatursteigerung ohne nachweisbare somatische, mit Fieber einhergehende Affection, aus Albuminurie, auffallenden Remissionen und eigenartigen Erscheinungen in der motorischen Sphäre zusammensetzt (Buchholz l. c. p. 802).

v. Krafft-Ebing fasst die Grenzen des Delirium acutum etwas weiter und unterscheidet von den Fällen mit stürmischem Verlauf und heftigen Reizerscheinungen der psychischen und motorischen Sphäre eine zweite Reihe, in denen mehr der adynamische Zustand hervortritt, die Delirien fast ganz fehlen oder einen mehr faselnd träumerischen, mussitirenden Anstrich haben, die motorische Sphäre mehr Ausfallserscheinungen zeigt, das Fieber fehlt und der Verlauf langsamer ist (Delirium asthenicum).

Die meisten Autoren bestreiten dem Delirium acutum den selbstständigen Charakter und fassen es als eine Exacerbation bestehender Psychosen (der classischen Paralyse, Manie, Delirium tremens, Melancholia agitata) auf; wenn man indessen den oben aufgestellten Symptomencomplex festhält, so ist im Zusammenhang mit der infectiösen (cf. folgd. Paragraph) Entstehung die Selbstständigkeit des Krankheitsbildes wohl sicher.

Schüle unterscheidet (l. c. p. 325):

1. Intensive Hirnreizung mit congestiver Grundlage;
   a) reinen activen Hirnreiz, acuteste Entstehung, manisch-convulsiv, hoch febril, remittirend;
   b) aus Hirntorpor und Reizsymptomen gemischt, minder acute und stürmische Entstehung, melancholisch-stupid, mässig febril oder fieberlos;
2. Acute Hirnerschöpfung auf anämischer Basis.

Ob das Delirium aus Hirnreizung oder Hirnerschöpfung hervorgegangen ist, ist in Bezug auf die Aeusserung desselben gleich. Bei beiden Entstehungsarten besteht tiefe Bewusstseinsstörung in Form stuporöser Zustände, abwechselnd mit träumerischen und halbluciden Zeiten; die Motilität ist cerebral tief gestört, ebenso die vasomotorischen und trophischen Functionen.

II. Aetiologie und Pathogenese.

§. 471.

Spitzka (l. c.) fasst das Delirium acutum als Selbstintoxikations-Delirium gleich dem Koma diabeticum auf. Er betont die hereditäre Anlage des Organismus, in welchem einerseits Blut und Muskeln pathologische,

der zymotischen Infection ähnliche Zustände zeigen, andererseits die nervösen Elemente nutritive, chemische Störungen aufweisen. Infolge des mangelhaften Chemismus des invaliden Gehirns und seiner Unfähigkeit, die schädlichen äusseren Einwirkungen zu paralysiren, entstehe ein chemischer Körper, welcher auf die Nervenelemente toxisch wirke und wichtige Gewebe verändere. Buchholz vermuthet ebenfalls, dass es sich bei dem Delirium acutum um Infection handele, obgleich die mit dem Blute angestellten Culturen auf verschiedenen Nährböden erfolglos blieben. Für eine anomale Beschaffenheit des Blutes sprechen auch die von Fürstner (l. c. p. 524) und Buchholz (l. c. p. 794) in frisch entnommenen Blutproben gefundenen Zerfallproducte und die ausserordentlich auffallende Neigung der Patienten zu Abscessen, Sugillationen und Decubitus.

v. Krafft-Ebing betont die hereditäre Belastung und erworbene Erschöpfung des in seinem Gefässtonus tief geschädigten Gehirns, stellt aber das Delirium acutum als Reaction auf einen hyperämisirenden Vorgang dar.

Die veranlassenden Ursachen bestehen theils in functionären Missbräuchen (Trunk, Excesse), theils in äusseren Einflüssen: geistige und körperliche Ueberanstrengung, heftige Gemüthserregungen, calorische Schädlichkeiten, Hirninsulte und Kopfverletzungen; dazu treten vielfache, den Organismus schwächende Momente: langjähriger Kummer, Nahrungssorgen, ungenügende Ernährung, gehäufte schwere Geburten und Krankheiten, besonders Typhus.

III. Symptomatologie.

§. 472.

A. Delirium acutum in der Form der Hallucinose.

Die Affection wird nach v. Krafft-Ebing ebenso oft bei Männern als bei Weibern beobachtet; nach meiner Erfahrung befällt sie vorzugsweise Weiber, und zwar auf der Höhe des Lebens. Von 27 Patientinnen Spitzka's befanden sich 18 im Alter zwischen 26—37 Jahren, die jüngste war 18, die älteste 60 Jahre alt. Die Dauer der Psychose ist, vielleicht etwas länger als früher angenommen wurde, im Durchschnitt 15 Tage. Der Ausgang ist fast stets der Tod.

Das Krankheitsbild entwickelt sich stets in ganz acuter Weise: unter dem Auftreten zahlreicher Hallucinationen und Delirien bildet sich schnell eine erhebliche Bewusstseinsstörung aus. Zugleich entwickelt sich eine ausserordentliche motorische Erregung, infolge deren die Nahrung nur mangelhaft aufgenommen oder ganz verweigert wird, und eine rapide Abnahme der gesammten Körperkräfte. Spitzka beob-

achtete auffallend häufig ein Wochen langes Prodromalstadium mit schwerem Krankheitsgefühl oder der geheimnissvollen Empfindung eines drohenden Unglücks, zugleich wurde über Schlaflosigkeit, Unfähigkeit zur Arbeit und zur Sammlung der Gedanken geklagt.

Das Delirium acutum bricht meist plötzlich mit lebhaften Hallucinationen, welche beängstigenden Charakter haben, und mit schreckhaften Delirien (Teufel, Mord und Blut) aus. Das Gesicht hat einen ängstlichen, gespannten Ausdruck als Folge der zahlreichen Gehörstäuschungen; bisweilen wird anhaltend, leiser oder lauter, gesprochen. Das Bewusstsein ist vollkommen getrübt: die Kranken appercipiren die Aussenwelt nicht, reagiren nicht auf sensible Reize, sind über Zeit und Ort nicht orientirt (Buchholz l. c. p. 802).

Demnächst ist pathognomonisch ein rapider Kräfteverfall, welcher schon beginnt, ehe weitere somatische Erkrankungen und erhebliche Temperatursteigerungen eingetreten sind. Mit ihm steht eine auffallend leichte Entstehung von Sugillationen, Abscessen, Decubitus und der frequente, kleine, unregelmässige Puls in engem Zusammenhang.

Ebenso charakteristisch ist die hochgradige motorische Erregung und ein Bewegungsdrang, der sich in sinnlosem, rücksichtslosem Wüthen, ohne Rücksicht auf die eigene Person oder Umgebung äussert. Die Kranken schlagen mit dem Kopf auf Wände und Boden, mit den Fäusten auf Brust und Schenkel, oder sie greifen die Personen der Umgebung an; sie zerraufen die Haare, zerreissen die Kleider, trommeln und schmieren an Thüren und Wänden, sträuben sich sinnlos gegen Alles, was man mit ihnen vornehmen will. Neben diesen Bewegungen, die sich zum Theil auf die Hallucinationen zurückführen lassen, machen sich unwillkürliche, athetoseartige Bewegungen und Spreizen der Finger, fibrilläre Zuckungen der Gesichtsmuskeln, starker Tremor der Extremitäten geltend. Die Reflexe und die Muskelerregbarkeit sind gesteigert. Mit den raschen Fortschritten des Delirium acutum werden die Kranken somnolent, komatös und die Bewegungen schwächer und weniger ausgiebig, wenn auch noch Umsichschlagen und Jactation vorkommen (ibid. p. 807, 808).

Auffällig ist auch eine gleich Anfangs auftretende, beträchtliche Temperaturerhöhung, die aber wenigstens zum Theil durch die somatischen entzündlichen Vorgänge, zum Theil durch die erhebliche Muskelarbeit oder Digestionsstörung infolge ungenügender Nahrungsaufnahme bedingt sein kann. Doch macht Buchholz (l. c. p. 805) mit Recht darauf aufmerksam, dass sich Steigerung der Körperwärme weder bei Erregten mit starkem Bewegungsdrang, noch bei Dysthymischen und Paranoischen mit lang dauernder Abstinenz findet. Die beobachtete

Albuminurie stellt Buchholz (l. c. p. 806) mit der bei Apoplexieen, Traumen, Meningitiden und dem Status epilepticus auf eine Stufe.

Im Verlaufe des Delirium acutum treten, mitten in hochgradiger Bewusstseinsstörung, kurz dauernde Remissionen mit Aufhellung des Bewusstseins ein, während deren die Patienten auf Fragen richtig antworten, bestimmte Wünsche äussern, ja sogar das Wärterpersonal um Entschuldigung bitten. Schon Schüle (cit. v. Buchholz) hat auf diese Erscheinung aufmerksam gemacht.

B. Katatonische Form.

In einigen Fällen des acuten Delirs treten von Anfang an mehr adynamische Erscheinungen auf. Der Körper zeigt katatonische Starre, die Extremitäten Contracturen, die auch mit grosser Anstrengung nicht überwunden werden können. Diese Spannung wechselt dann plötzlich mit motorischen Entladungen der heftigsten und sinnlosesten Art, und auf diese folgt wieder eine Zeit des starren Beharrens in den sonderbarsten, unbequemsten Stellungen, wobei auf jede Berührung die Muskulatur tonisch contrahirt wird. Neben klonischen Zuckungen treten Ataxieen, Muskelinsufficienzen und Paresen auf. Die Nahrung wird meist verweigert, auf Anreden nicht erwidert, und nur einzelne Laute oder Silben unter Stöhnen monoton wiederholt. Die Delirien können fast ganz fehlen oder einen mehr faselnden, mussitirenden Anstrich haben (v. Krafft-Ebing l. c. p. 635). Dazwischen treten in unregelmässiger Weise Remissionen ein, in denen das Bewusstsein sich aufhellt, und der Kranke auf Fragen antwortet; diese sind aber stets nur von kurzer Dauer. Wenn das Fieber hier auch geringer sein kann, so ist der Eintritt der Affection stets acut und der Verlauf, wenn auch schleppender, so doch ein schwerer und meist von infaustem Ausgang (Fürstner l. c. p. 522 f.).

IV. Pathologische Anatomie.

§. 473.

Blutüberfüllung des Gehirns und seiner Gefässhaut und des Rückenmarkes. Der Gesammteindruck, den die Leichenöffnung bietet, ist der einer venösen Stase im Centralorgan. Das Gehirn wölbt sich mehr vor, die Hirnrinde erscheint geschwellt. Den Verlauf der grossen Gefässe in der Pia mater begleiten oft weissliche Streifen, die wohl durch Lymph-Stauung in den Gefässscheiden bedingt sind. Die Lymphscheiden erscheinen unter dem Mikroskope vollgepfropft mit weissen Blutkörperchen. Die Lymphstauung geht bis in die Lymphräume der Pia, andererseits in das System der Deiter'schen Saftzellennetze, ja selbst in die periganglären Räume. An den Ganglienzellen werden vielfache trübe Schwel-

lungen gefunden. Die Lungen sind hypostatisch infiltrirt, das Herz ist schlaff, die Muskulatur des Herzens morsch, bleich, fettig oder körnig degenerirt, das Blut auffallend dunkel und dünnflüssig (v. Krafft-Ebing l. c. p. 630, 631). Den Inanitionsformen entspricht ein vorwiegend anämischer resp. ödematöser Zustand des Gehirns. Enge der Foramina jugularia ist mehrfach beobachtet worden (Schüle l. c. p. 337).

Die von Fürstner und Buchholz in den Fällen von Delirium acutum beobachtete körnige und wachsartige Degeneration der Skelettmuskulatur, welche, in ihrer Entstehung dunkel, von den Autoren theils auf die Veränderung des Blutes und der Säfte, theils auf Verletzungen, theils auf die Muskelarbeit und Contractionen begründet wird, dürfte für das Delirium acutum nicht specifisch sein. Ebenso ist auch die Fettembolie der Lungen, welche von Jolly (Archiv für Psych. XI p. 201) häufiger bei aufgeregten Geisteskranken beobachtet wurde, wohl nur als eine Complication anzusehen, welche ausserhalb des Rahmens des Delirium acutum steht.

V. Differential-Diagnose.

§. 474.

Von grösster Bedeutung ist die rechtzeitige Erkennung dieses perniciösen Hirnleidens. Zur Unterscheidung von der Tobsucht dienen als Erscheinungen eines schweren Centralleidens: die schwere Bewusstseinsstörung, die gleich von Anfang an bestehende, nicht durch Ideenflucht motivirte, tiefe Verwirrtheit, das frühe Auftreten von motorischen Reizerscheinungen, welche nicht mehr psychisches Gepräge haben, nicht mehr dem Hirnrinden-Gebiet allein angehören, sondern als directe Reizerscheinungen, speciell als Ausdruck einer Mitbetheiligung der infracorticalen Centren anzusehen sind.

Im weiteren Verlaufe machen das tiefe Ergriffensein des Allgemeinbefindens, das Fieber, der auffällige Wechsel tiefgehender Remissionen bis zur Lucidität mit Zeiten tiefster Bewusstseinsstörung und psychomotorischer Reizerscheinungen die Diagnose zu einer zweifellosen. Nahe liegt die Verwechselung mit einer spontan entstandenen Convexitäts-Meningitis; jedoch gestatten deren häufiges Auftreten bei Männern, der peracute Anfang, der häufige Schüttelfrost im Beginn, die früh sich einstellenden Erscheinungen von Sopor, Nackenstarre, die allgemeine Hyperästhesie, die heftigen Convulsionen, die weniger ausgesprochenen Remissionen eine leichte Unterscheidung (cf. Fürstner l. c. p. 520, v. Krafft-Ebing p. 637).

VI. Verlauf und Prognose.

§. 475.

Es wechseln Tage und Wochen lang Besserung und Verschlimmerung des Zustandes mit einander ab. In günstigen Fällen tritt langsame Genesung ein, meist durch ein melancholisches Stadium mit den Ideen der Sündhaftigkeit und des Bestohlenseins hindurch; die Erinnerung an die überstandene Krankheit ist eine summarische, unklare. Es bleibt eine gelinde psychische Schwäche zurück und leichte gemüthliche Erregbarkeit. Häufiger sind Ausgänge: 1) in chronische geistige Schwäche mit melancholischer Färbung, 2) in Tod unter Erscheinungen des Hirndruckes (Oblongata-Lähmung) oder durch intercurrente Processe (Schüle l. c. p. 333).

Die Prognose ist eine ziemlich ungünstige, für Frauen eine günstigere, besonders schlecht ist sie auf der Grundlage des chronischen Alkoholismus; je acuter und stürmischer der Verlauf desto ungünstiger die Prognose (v. Krafft-Ebing l. c. p. 637).

VII. Therapie.

§. 475a.

Es ist auf Ruhe im Bett und Isolirung in einem verdunkelten Zimmer zu halten. Neben temperirten Bädern empfiehlt sich Anwendung von Eis und Ableitung auf die Haut und den Darmkanal. Morphium mildert den motorischen Bewegungsdrang und die psychischen Reizerscheinungen. Die von Solivetti erzielten günstigen Resultate der Ermässigung der Fluxionen und Delirien bei Anwendung von Ergotin (1 g auf 6 g Wasser in 3 Dosen täglich) hat v. Krafft-Ebing bestätigt gefunden.

DRITTES CAPITEL.

Lues cerebralis.

Gehirnsyphilis.

Litteratur.

Heubner in v. Ziemssen's Handbuch XI, p. 1. — Kraepelin: l. c. p. 17. — Savage-Knecht: l. c. p. 471—475. — v. Krafft-Ebing: l. c. p. 679—683. — Rumpf: Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. 1887. — Braus: Zur Prognose der Gehirnsyphilis. 1886. — Oppenheim: Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. 1890. — idem: Ueber einen Fall von syphilitischer Erkrankung des centralen Nervensystems, welche vorübergehend das klinische Bild der Tabes dorsalis vortäuschte. Berl. klin. Wochenschr. 1888, No. 53. — Strüm-

pell: Ueber Beziehungen der Tabes und der progressiven Paralyse zur Syphilis. — Raymond: Hystérie et syphilis. Paralysie psychique. Progrès méd. 1888, No. 14. — Rumpf: Zur Frage der chronischen Vergiftung durch Syphilis. — Naunyn: Die Prognose der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. — Savage: Two cases of insanity depending on syphilitic disease of the arteries. Brain 1888, No. 41.

I. Aetiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie.

§. 476.

Luetische Erkrankungen können zu Hirnaffectionen führen; und zwar ist, wie v. Krafft-Ebing bemerkt, das Gehirn in denjenigen Fällen der Prädilectionsort für die Etablirung syphilitischer Erkrankungen, in welchen dasselbe durch Belastung, Ueberanstrengung, Excesse der verschiedensten Art geschwächt ist. Die Incubationszeit ist verschieden lang; es kann sich mitunter an die Infection sehr schnell die Erkrankung und Localisation im Gehirn anschliessen, andererseits können grosse Spannen Zeit dazwischen liegen, und es giebt erst ein occasionelles Ereigniss den Anstoss zur Eruption. Wir wissen mit Rumpf, dass es zwei Erkrankungsformen giebt: 1) die syphilitische Granulationsgeschwulst der Gewebscapillaren; „diese hat ihren Sitz vor Allem an den Gehirnhäuten der Convexität oder der Basis, seltener im Gehirn selbst und seinen Höhlen;" 2) die syphilitische Granulationsgeschwulst der Gefässcapillaren. Oppenheim ist der Ansicht, dass die Hirnsyphilis in der Mehrzahl der Fälle ihren Ausgangsort in den Meningen hat. Nach ihm ist die diffuse, gummöse Meningitis basilaris die gewöhnlichste Form der Hirnlues, und zwar ist nach Virchow (cit.) die Basis und besonders die Umgebung des Chiasma die Prädilectionsstelle.

Oppenheim giebt ein höchst anschauliches Bild eines solchen Gehirns: „Es erscheint die Basis, und hier wiederum vornehmlich der interpedunculäre Raum, die Gegend des Chiasma opticum wie mit einem starr gewordenen Fluidum, etwa mit Paraffin oder Celloidin ausgegossen; in alle Furchen und Einsenkungen hat sich diese Masse gedrängt, die Ursprünge der Hirnnerven sind durch dieselbe völlig verdeckt oder wie mit einem Schleier überzogen. Bei genauerer Betrachtung sind dieselben, vor Allem die Optici und die Augenmuskelnerven, nicht allein von diesem neugebildeten Gewebe umschlossen, sondern auch selbst verändert, gleichmässig oder kolbig, knollig geschwollen und erscheinen auf dem Durchschnitt mehr oder weniger vollständig glasig-grau oder speckig-gelb; es kommt jedoch auch vor, dass die von der Geschwulst umklammerten Hirnnerven makroskopisch normal erscheinen. Die Neubildung hat zum Theil eine sulziggallertige, zum Theil eine speckige Beschaffenheit: an einzelnen Stellen und oft selbst in grösserer Ausdehnung bildet sie eine derbe, bindegewebige Schwarte, die mit den basalen Hirntheilen fest verwachsen ist. Auch die grossen Arterien an der Hirnbasis sind in den Process hineinbezogen, ihre Wandungen sind verdickt und mit den erkrankten Meningen verwachsen, ihre Lumina verengt oder auch stellenweise erweitert. Wenn es sich nun auch um einen diffus-flächenhaften Process handelt, so kann derselbe doch auch an einzelnen Stellen die Form eines umschriebenen Tumors

gewinnen. Namentlich ist es nicht selten, dass der Oculomotorius, der Tractus opticus oder der Trigeminus in eine Geschwulst eingeschlossen oder verwandelt ist. — Das übrige Gehirn kann bei makroskopischer Besichtigung intact sein, oder es zeigt — und das ist besonders häufig — einen oder mehrere Heerde, namentlich im Gebiet der grossen Ganglien. Es kommen sowohl Blutungen, als auch Erweichungen vor, die letzteren sind häufiger und von besonders grosser Bedeutung."

Das Uebergreifen des Processes auf die Nervenwurzeln geht nach Oppenheim folgendermaassen vor sich: „Die Umkleidung der Nerven, das Epineurium schiebt seine Ausläufer von allen Seiten her zwischen die Nervenfaserbündel hinein. Es ist, als ob die gummös erkrankte Nervenscheide unzählige Fortsätze ausstrecke, die ihren Weg in die Nervenfaserung hineinfinden. Während dabei die Nervenfasern zum Theil unter dem Drucke der Geschwulst und ihrer Ausläufer atrophiren, ist der Nerv doch infolge der eingebetteten Neubildungsbestandtheile in toto geschwollen, selbst bis auf das 4—5fache seines Volumens (kann aber auch in späteren Stadien atrophisch erscheinen)."

„Aehnlich, aber gewöhnlich doch nur in geringem Grade, wird die Gehirnsubstanz selbst in der Nachbarschaft der Pia in's Bereich der Erkrankung gezogen. Die wichtigsten Folgezustände für das Gehirn, die sich aber an Stellen, die von der Basis entfernt liegen, entwickeln, sind die durch die Gefässverstopfung bedingte Nekrobiose und die aus der Gefässzerreissung resultirende Hirnblutung."

Die circumscripten Neubildungen in der Form der Gummata sind seltener als die diffusen Veränderungen der Häute. Sie können nach drei verschiedenen Richtungen hin wirken: 1) kann Epilepsie mit nachfolgendem Schwachsinn entstehen, 2) kann sich eine örtliche Veränderung im Gehirn etabliren, die Sinnestäuschungen mit Irresein bedingt, 3) kann es zu krankhaften Vorgängen in der motorischen Zone kommen, die von der Paraphrenia paralytica nicht zu unterscheiden sind. Die Störungen, welche die gewöhnliche, nicht in den Gefässen localisirte Neubildung macht, können bestehen: 1) in der Reizung oder Lähmung gewisser von der Neubildung direct betroffener Centren oder Bahnen, 2) in einer Beeinträchtigung der nicht direct betroffenen Gehirntheile (Rumpf p. 103). Die syphilitische Arterienerkrankung pflegt zu Schlaganfällen oder einfachem Blödsinn zu führen. Die umschriebenen Veränderungen gehen entweder mit Tabes oder häufiger mit progressiver Paralyse und Erkrankung der Seitenstränge einher. Die Kachexie schliesslich führt zu verschiedenen Graden von Depressionen. Zuweilen bildet eine Neuritis optica den Anlass zu Wahnvorstellungen.

II. Symptomatologie.[1]

§. 477.

Die basale syphilitische Meningitis ist eine klinisch selbstständige Krankheitsform und von dem eigentlichen Tumor diagnostisch abzu-

---

[1]) Ich schliesse mich im Folgenden wesentlich an die classische Darstellung Oppenheim's an.

grenzen. Oppenheim betrachtet den Kopfschmerz als eins der wichtigsten Symptome. Derselbe pflegt auf Druck und in der Bettwärme zuzunehmen, tritt in Paroxysmen sehr heftig auf, ist häufig mit Erbrechen und Schwindelgefühl und nicht selten mit Ohnmachtsanfällen verbunden. Eine Abnahme der Intelligenz, Gedächtnissschwäche, eine mässige Demenz und Apathie ist die Regel, „dagegen beobachtet man nicht die dauernde, stetig anwachsende Benommenheit, wie sie für die Mehrzahl der andersartigen, intracerebralen Tumoren charakteristisch ist.“ Ausser diesen Erscheinungen sind die Kranken moros, gemüthsreizbar, gedrückt, oft hypochondrisch. Ihre Redebereitschaft leidet Noth, ihre geistige Leistungsfähigkeit nimmt ab, sie ermüden schnell bei geistiger Thätigkeit. Ihre Ethik wird defect, der Gesichtsausdruck stumpf, fatuös, die Haltung schlaff. Es besteht grosse Intoleranz gegen Spirituosen; förmliche Schlafsucht wechselt ab mit Wochen langer Schlaflosigkeit (v. Krafft-Ebing p. 681). Hervorzuheben sind bei den mit leidlicher Intelligenz und gleich leidlichem Gedächtniss ausgestatteten Fällen die intercurrent sich einstellenden Störungen des Bewusstseins. Diese äussern sich einerseits in einer bis zu Tagen anhaltenden Benommenheit und in Schlafzuständen, auf der anderen Seite in primordialen Verfolgungs- und Grössenwahndelirien mit hallucinatorischer Färbung. Es kann bis zu perturbatorischen Erregungszuständen kommen, welche dann dem Delirium acutum ähneln. Zu weiteren Allgemeinerscheinungen rechnet Oppenheim noch die Polydipsie und die Polyurie, welche in allen Phasen der Krankheit, ja selbst in der Reconvalescenz auftreten kann. Charakteristisch sind auch die motorischen Störungen. Sie zeigen eine grosse Mannigfaltigkeit, sind in ihrer Erscheinungsweise bunt wechselnd und treten theils heerdartig und episodisch auf, theils weisen sie auf diffuse Veränderungen hin. Ihr Charakter ist ein continuirlich progressiver. Der Sehnerv und die Augenmuskelnerven, besonders der Oculomotorius (Ptosis) werden hauptsächlich in Mitleidenschaft gezogen. Bei den basal-syphilitischen Processen betrifft die Lähmung nicht selten nur einzelne Zweige. Die Affection des Nervus opticus besteht häufig in ein- oder doppelseitiger Neuritis optica, oder zuweilen in Stauungspapille oder in einseitiger, resp. auf der einen Seite stärker ausgeprägter Atrophie neuritischen Ursprungs. Was den Nervus olfactorius anbelangt, so ist er nach Oppenheim häufig in die Neubildung eingebettet, und hat dieser Autor mehrmals ein- und doppelseitige Anosmie getroffen. Wichtiger ist die Affection des Trigeminus, verbunden mit heftigen neuralgischen Schmerzen; es kann aber gerade entgegengesetzt sich Abstumpfung der Sensibilität, seltener eine totale Anästhesie bilden. Reicht der Process weiter nach hinten, so werden Facialis und Akusticus ergriffen. Der Hypoglossus und Vagus-

Accessorius werden dann in ihren Functionen alterirt, wenn die gummöse Meningitis sich vorwiegend in der Umgebung des untersten Theiles der Medulla oblongata entwickelt. Eine wichtige Bemerkung macht Oppenheim, wenn er sagt, dass die Krankheitserscheinungen keineswegs immer auf eine continuirliche Ausbreitung des Neubildungsprocesses hinweisen, derartig etwa, dass nur benachbart-entspringende und -verlaufende Hirnnerven betheiligt würden, im Gegentheil scheint das Symptomenbild häufiger auf getrennte, aus einander gelegene Heerde hinzuweisen. Dies ist dadurch zu erklären, dass die einen Nerven, obgleich sie in gummösen Geweben stecken, unverändert, die anderen schwer erkrankt sind.

Ein diagnostisches Kriterium, was für die syphilitischen Processe pathognostisch ist, ist der eigenthümliche Verlauf der Hirnsyphilis. „Schon in den ältesten Berichten über diese Krankheit wird die Unbeständigkeit der Symptome, das Kommen und Gehen derselben, das Remittiren, die Fluth und Ebbe der Krankheitserscheinungen betont. Man liest von längeren Intervallen relativen Wohlbefindens, von Remissionen und Exacerbationen.“ Oppenheim selbst beobachtete bei einer gummösen Basilar-Meningitis ein in kurzen Intervallen erheblich schwankendes Verhalten der Sehstörung (das Chiasma opticum war betheiligt). Dieses eigenthümliche Verhalten bestand bald in voller Ausbildung einer Hemianopsia bitemporalis, bald war dieselbe nur angedeutet, bald völlig geschwunden. Oppenheim erklärt diesen regen Wechsel der Erscheinungen dadurch, dass das „schnelllebige Granulationsgewebe in rascher Folge und steter Wiederholung wuchert und abstirbt, und der Nerv, der von demselben umstrickt wird, einem so wechselnden Druck ausgesetzt ist, wie bei keiner anderen Erkrankung.“ Dies gilt nicht minder für die Hirnnerven.

Eine andere wichtige Symptomenreihe, welche zum Bilde der basalen gummösen Meningitis gehört, ist die Hemiparese oder Hemiplegie. Diese Lähmungen entwickeln sich erst in vorgeschrittenen Stadien. Durch die Affection (Thrombosirung) der Arteria fossae Sylvii oder ihrer Zweige kommt es zu Störungen der motorischen Functionen und der Sprache (Halblähmung event. Aphasie). Bei der Affection des Circulus Willisii sind als Folgezustände dieser Gefässerkrankung Bulbärsymptome beobachtet. Wird durch die Obliteration eines grossen Gefässes der von ihm versorgte Gehirntheil nekrobiotisch, so ist es klar, dass eine antisyphilitische Kur keinen Erfolg haben kann. Zerstörtes Gewebe kann nicht wiederhergestellt werden. Neben Aphasie, Sprachlosigkeit und Silbenstolpern kommt es zu scandirender oder bradyphasischer Sprachstörung.

Zu allen Zeiten sind apoplektiforme und epileptiforme Insulte

möglich. Die apoplektiformen gehen selten mit Verlust des Bewusstseins einher, hinterlassen aber häufig Lähmungen, Hemiplegieen und Aphasieen. Diese verlieren sich aber bald wieder. Die epileptiformen Insulte zeigen partielle, tonische und klonische, oder auch allgemeine Krämpfe. Häufig treten letztere serienweise ein, das Bewusstsein ist nicht immer geschwunden (v. Krafft-Ebing p. 682).

Die syphilitische Convexitäts-Meningitis wird hauptsächlich aus den Störungen der motorischen Zone und des Sprachcentrums diagnosticirt. Die syphilitische Rinden-Erkrankung ist nicht primär, sondern entwickelt sich gewöhnlich aus einer bestehenden Entzündung der Häute. Etablirt sich die Meningo-encephalitis gummosa in der Gegend der motorischen Zone oder des Sprachcentrums, so sind die Erscheinungen sehr charakteristisch. Ein wichtiges diagnostisches Hülfsmittel ist nach Oppenheim der Verlauf in Schüben. Das Fehlen der Stauungspapille giebt vielleicht ein weiteres diagnostisches Merkmal.

Was die psychischen Symptome, die eine Rindenaffection begleiten, anbetrifft, so gehört zu ihnen eine gewisse Beeinträchtigung des Sensoriums. Diese psychische Alteration zeigt verschiedene Grade, von der leisen Herabsetzung der geistigen Fähigkeiten bis zum schwersten Koma, in der Regel proportional der Ausdehnung des Processes (Rumpf l. c. p. 163). Rumpf beobachtete Delirien und maniakalische Zustände und eine hochgradige Abschwächung der Intelligenz bis zur vollständigen Demenz.

III. Verlauf.

§. 478.

Was den Verlaut, und besonders den Verlauf bei entsprechender Behandlung anbetrifft, so hebt Rumpf hervor, dass ihm kein anderweitiger Process bekannt wäre, der auch ohne therapeutische Eingriffe einen so langsamen und vielfach schwankenden Verlauf nimmt; schwere Symptome sah dieser Autor ohne jedwede Behandlung wieder schwinden. Der progressive Verlauf wird am leichtesten unterbrochen und in einen günstigen umgewandelt, wenn die antisyphilitische Kur so früh wie möglich begonnen wird, und zwar ist die Aussicht auf Wiederherstellung dort am ehesten vorhanden, wo nur die allgemeinen Cerebral-Erscheinungen und die Zeichen der Hirnnerven-Affection vorliegen. Haben sich erst Hemiplegieen ausgebildet, so wird der Verlauf nicht besonders aufgehalten, namentlich wenn dieselben nicht schnell zurückgehen. Meistens sind die mit Hemiplegie verbundenen Fälle „ernster Natur". Nach einer neuen Attaque folgt eine Hemiplegie, die sich stabilisirt und sich bald mit Contractur verknüpft. Die nun einsetzende specifische Kur

kann zwar die allgemeinen Symptome beseitigen und auf die Hirnnervenlähmung günstig einwirken, aber die Hemiplegie bleibt bestehen, oder bessert sich doch nur so weit, wie jede andere durch eine Blutung oder Encephalomalacie bedingte halbseitige Lähmung. Bei diesen Individuen pflegt dann aber auch meistens der letale Ausgang frühzeitig zu erfolgen (Oppenheim l. c. p. 19).

IV. Prognose.

§. 479.

Auf Grund einer grösseren Beobachtungsreihe ist Braus (l. c. p. 4f.) zu folgenden prognostischen Schlüssen gelangt: „1) Die Prognose ist bei der Syphilis des Gehirns zweifelhaft und schlechter als bei der aller anderen Organe. 2) Die Wirkung der Mercurialkur ist bei den verschiedenen Fällen eine sehr ungleichartige und hängt sehr von der Frühzeitigkeit ihrer Einleitung ab. 3) Die Wirkungslosigkeit einer Mercurialkur gegen eine Gehirnerkrankung ist kein Beweis für die nicht-syphilitische Natur des Leidens, denn man sieht bei Patienten, welche neben der Gehirnerkrankung zu gleicher Zeit charakteristische Erkrankungen anderer Organe (Gummata, Exostosen, Rhypia, serpiginöse Geschwüre) haben, diese letzteren nach Einleitung einer Mercurialkur heilen, während jene von der Kur kaum oder gar nicht beeinflusst wird. 4) Die syphilitische Erkrankung des Gehirns pflegt nach einer gewissen Zeit ihres Bestehens die Grundlage anderer, organischer Veränderungen im Gehirn zu setzen, gegen welche antisyphilitische Mittel wirkungslos sind, und welche den Patienten bald langsamer, bald schneller dem Irrenhause zuführen. Man kann daher in solchen Fällen, wenn die Behandlung eine wirkliche Besserung erreicht hat, selbst durch die energischste Mercurialkur nicht die weitere Entwicklung eines Gehirnleidens verhüten. Während Lungen- oder Lebersyphilis, z. B. aus der Behandlung mit einem Defect des Organs und einer entsprechenden Bindegewebsbildung als abgelaufener Fall hervorgehen kann (abgesehen von der Möglichkeit des Recidivs der Krankheit überhaupt), ist man dem Gehirnsyphilitischen gegenüber nicht in der Lage, ihm den Status quo der Besserung für die Zukunft zusichern zu können. In einigen wenigen Fällen hat Braus abgelaufene Erkrankungen einzelner Hirnnerven (N. abducens, N. facialis) gesehen, welche Jahre lang unverändert blieben, aber er hat auch Jahre lang bestehende isolirte Atrophie des N. opticus beobachtet, aus welcher sich, obschon die Erkrankung eine extracerebrale war, retrocerebral ein Gehirnleiden entwickelte, an welchem der Patient zu Grunde ging. 5) Hat obiger Autor die Ueberzeugung gewonnen, dass die Behandlung bei der Gehirnsyphilis nur bis zu einer

gewissen Zeit ihres Bestehens Aussicht auf Erfolg hat. Während man bei den anderweitigen Erkrankungen an Syphilis in der Regel die Kur einige Male wiederholen muss (Syphilis ohne Recidiv ist selten), entscheidet hier die erste Kur über das Schicksal des Patienten, und man vertraue daher nach zweifelhaftem Erfolge der ersten Kur nicht auf den einer zweiten, da dann gewöhnlich bereits die Bedingungen zu weiterer, organischer Hirnerkrankung gesetzt sind. 6) Die Gefahr bei der Hirnsyphilis liegt nicht in dem Recidiviren der Syphilis an der betreffenden Stelle, sondern in den durch die syphilitische Localerkrankung gesetzten organischen Veränderungen des Gehirns."

V. Diagnose.

§. 480.

Die Diagnose ist sehr häufig eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose (Braus l. c. p. 6). Man kommt nur zu der richtigen Erkenntniss, wenn man alle übrigen Ursachen, welche derartige Störungen hervorrufen können, ausschliesst. „Die Thatsache einer früheren Infection, die Abwesenheit anderer Krankheitsursachen, der Ausschluss von senilen Veränderungen sind im Grossen und Ganzen die Hauptstützen, worauf die Diagnose ruht." Wo feste Anhaltspunkte fehlen, wird man vielleicht Recht thun, wenn man eine antisyphilitische Kur beginnt, jedoch giebt es genug Fälle, in denen sich die betreffenden Mittel unwirksam zeigen, ja sogar schädlich wirken (cf. Therapie der classischen Paralyse §. 343), weil „es sich um Gehirnprocesse handelt, in welchen die ursprüngliche Erkrankung mit bereits unabänderlichen Consecutiv-Störungen vermischt ist." Wichtig sind für die Sicherung der Diagnose vor mehreren Jahren stattgehabte Schwindelanfälle, vorübergehende Ohnmachten, Sensibilitäts-, Motilitäts-Störungen, Doppeltsehen oder sonstige Sehstörungen. Wenn man den typischen, heftigen Kopfschmerz, welcher Nachts und besonders gegen Morgen häufig aufzutreten pflegt, als ein wichtiges diagnostisches Hülfsmittel ansieht, so ist Braus der Ansicht, dass er sich in der Wirklichkeit gar nicht so häufig findet, wie dies in den Handbüchern verzeichnet ist. Er tritt nach den Beobachtungen dieses Autors nur dort als excessiv gesteigert auf, wo es sich um Erkrankungen der Kopfknochen und Gehirnhäute oder um Druck- oder Spannungsvorgänge handelt. Je mehr ausschliesslich psychische, schleichende Störungen in Frage kamen, um so weniger beobachtete derselbe typischen Kopfschmerz, wenn auch die Patienten mehr oder minder über eingenommenen Kopf und Schlaflosigkeit klagten. Auf die Anamnese, speciell die von den Kranken angegebene, ist nicht immer viel zu geben. Erstens können dieselben selbst nicht immer genaue Auskunft geben, und dann

„sind sie bei den vorausgegangenen einzelnen Anfällen auch nicht bei vollem Bewusstsein gewesen.“ Finden sich zwischen der Infection und dem Auftreten der Gehirnaffection etappenweis auftretende Krankheitserscheinungen, so sah Braus mehr Kurerfolge als bei denjenigen zweifelhaften Fällen, in welchen keine Recidive in dieser Zwischenzeit erfolgt waren.

VI. Therapie.

§. 481.

Gewöhnliche Inunctionskur. Von der Anwendung des Jodkaliums hat Oppenheim die Ueberzeugung gewonnen, dass dieses Mittel, wenigstens in den bei uns gebräuchlichen Dosen, für die Dauer nicht ausreicht, um dem traurigen Ausgang mit genügender Sicherheit vorzubeugen, wenn es auch oft schon in kleinen Gaben eine überraschende Besserung schafft.

Krankengeschichte. Eigene Beobachtung. Herr N. N., 28 Jahre alt, aus gesunder Familie stammend, ist von Geburt an — er ist ein Siebenmonatskind — stets sehr schwächlich gewesen und hat viele Krankheiten durchgemacht. In seinem 23. Jahre, 1885, acquirirte er Syphilis und wurde zunächst einer Schmierkur unterworfen, später, als sich infolge derselben ein ausgebreitetes Ekzem einstellte, mit Sublimat-Injectionen behandelt. Die Symptome der Lues schwanden, kehrten aber im nächsten Jahre wieder und wurden mit einer erneuten Injectionskur zum Weichen gebracht. Auch in jedem der folgenden Jahre musste der stets recidivirenden Syphilis wegen eine Quecksilberbehandlung vorgenommen werden, deren Wirkung durch innerliche Anwendung von Jodkalium noch unterstützt wurde. Im October 1889 heirathete Patient und konnte, wie er wenigstens mittheilt, bis zum Januar 1890 seiner Pflicht als Ehemann genügen, fühlte sich überhaupt bis dahin ganz wohl. Dann aber stellten sich starke nächtliche Kopfschmerzen ein, Impotenz und ganz plötzlich eine linksseitige Facialisparese, welche aber durch Jodkalium und elektrische Behandlung bald beseitigt wurde. Im April wieder Kopfschmerzen und Parese des linken Beines, die durch eine Schmierkur in Wiesbaden fortgeschafft wurden. Doch schon gegen Ende Juni zeigten sich wieder Lähmungserscheinungen, und zwar war es dies Mal eine Schwäche des rechten Beines, welche bei ungestörtem Allgemeinbefinden allmählich zunahm und nach etwa 8 Tagen auch im linken Beine verspürt wurde. Bald darauf traten eines Tages plötzlich rechtsseitige Facialisparese, Aphasie und Bewusstseinsstörung auf, welche beiden letzteren Erscheinungen aber bald wieder schwanden. Seitdem verschlechterte sich das Allgemeinbefinden stetig in bedeutendem Maasse, indem sowohl Körperkräfte, wie Intelligenz von Tag zu Tag abnahmen.

Am 31. August 1890 wurde Patient deshalb nach der Maison de santé übergeführt.

Bei der am nächsten Tage vorgenommenen Untersuchung fand man den überaus schwächlich gebauten Patienten in passiver Rückenlage im Bette liegen; er konnte nicht gehen oder stehen, auch nicht sich aufrichten und überhaupt keine selbstständigen Bewegungen mit dem Körper machen. Die Muskulatur war schlaff, die Haut fettarm, die Farbe der Haut und der Schleimhäute blass, die Zunge war dick grau belegt.

Die Pupillen zeigten sich gleich weit und reagirten gut, eine Ungleichheit der Gesichtshälften war nicht zu bemerken, die Zunge wurde gerade und ohne Zittern

hervorgestreckt, die Uvula hing gerade herab, der linke Gaumenbogen stand tiefer als der rechte und war sehr wenig beweglich.

Mit den Armen konnten ausgiebige Bewegungen gemacht werden, welche aber eine hochgradige Ataxie erkennen liessen; die grobe Kraft war beiderseits, besonders jedoch links, sehr gering, und es stellte sich bei geringer Anstrengung der Arme, z. B. beim Händedruck, starkes Zittern derselben ein. Die Beine konnten ein klein wenig angezogen und im Knie gebeugt werden, wobei aber die Fersen von der Unterlage nicht aufgehoben wurden; andere Bewegungen mit den Beinen waren nicht möglich. Kniereflexe zeigten sich erhöht, Fussklonus war beiderseits vorhanden, Kremasterreflexe nicht deutlich zu beobachten, wohl aber Bauchreflexe. Sensibilitätsstörungen waren nicht nachzuweisen. Die Organe der Brust und des Bauches erschienen gesund.

Patient zeigte bei der Untersuchung ein etwas apathisches Verhalten und ziemliche Benommenheit; seine Sprache war mühsam, stark näselnd, aber ohne Articulationsstörungen, sein Gedächtniss, besonders in Bezug auf die letztvergangene Zeit, schwach, seine Antworten zum Theil unrichtig und verworren. Beim Sprechen stellte sich oft Singultus ein, das Lachen endete stets mit lauten, grunzenden Tönen. Häufiger Urindrang mit sehr erschwertem Uriniren und zeitweiliger unwillkürlicher Entleerung, hartnäckige Stuhlverstopfung, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und erschwerte Aufnahme von Speisen infolge häufigen Verschluckens waren die Klagen des Patienten. Der Urin war frei von Eiweiss und Zucker.

2. September. Der Mundtheil des linken Facialis functionirt heute erheblich schwächer als der der rechten Seite. Häufiger Singultus, Zuckungen in der linken Gesichtsmuskulatur. Mässige Benommenheit, zeitweise Somnolenz.

10. September. Allgemeinbefinden etwas besser, Sensorium freier; Nahrungsaufnahme erheblich gesteigert, Stuhlgang regelmässig. Die Schwäche in den Extremitäten hat noch etwas zugenommen. Ord: 4 g Jodkalium pro die, 0,02 g Hydrarg. bichlor. subcutan.

14. September. Die Sublimat-Injectionen müssen einer starken Enteritis wegen ausgesetzt werden.

16. September. Patient fühlt sich bedeutend wohler wie früher und hat guten Appetit. Die Sprache ist bedeutend freier geworden, das Lachen hat den grunzenden Beiklang verloren, und das Verschlucken kommt nur noch selten vor. Die grobe Kraft in den Armen hat zugenommen, besonders rechtsseitig, auch kann Patient jetzt sich ohne Unterstützung umdrehen und selbstständig essen. Die Beine sind noch ganz bewegungslos. Die linksseitige Facialisparese ist fast ganz geschwunden.

22. October. Die Besserung ist allmählich weiter vorgeschritten, sodass Patient bei genügender Unterstützung einige Schritte gehen kann. Die Beine sind noch so schwach, dass sie den Patienten nicht zu tragen vermögen, wohl aber sind Bewegungen mit denselben nach allen Richtungen hin möglich. Die Arme sind kräftiger geworden, und auch feinere Bewegungen, z. B. Schreiben, können ausgeführt werden.

Das subjective Befinden ist sehr gut.

2. December. Seit einiger Zeit ist eine Veränderung im Befinden des Patienten nicht eingetreten, und eine Untersuchung ergiebt heute, dass der Kranke zur Zeit geistig vollkommen klar, und auch sein Gedächtniss nunmehr ein recht gutes ist. In den Armen scheint die frühere Kraft wieder vorhanden zu sein, dagegen sind die Beine noch recht schwach, sodass Patient ohne Unterstützung nicht stehen oder gehen kann. Der Gang ist spastisch und auf dem inneren Fussrande schleifend. Beim Liegen ist das rechte Bein nach aussen gerollt, kann aber auch nach innen etwas rotirt werden, jedoch ist eine Adductionsbewegung mit demselben unmöglich. Mit dem linken Beine können diese Bewegungen frei ausgeführt werden. Die gestreckten Beine ver-

mag Patient 1 dm, die im Knie gebeugten bis nahezu zur rechtwinkligen Stellung der Oberschenkel emporzuheben. Bewegungen im Knie und in den Zehengelenken sind frei ausführbar, in den Fussgelenken nur schwach möglich. Kniereflexe sind beiderseits sehr gesteigert, Fussklonus nicht vorhanden, Kremasterreflex rechts verlangsamt, links gut erhalten, Bauchreflexe normal. Sensibilitätsstörungen nicht zu constatiren. Urin und Faeces können nur kurze Zeit gehalten werden.

Auch in der Folgezeit änderte sich das Befinden des Patienten trotz einer eingeleiteten Schmierkur (28 × 4 g) nicht mehr und hat sich nach seinem Austritt aus der Anstalt, wie ich jetzt (X. 1891) erfahren habe, zum Schlechten gewandt.

ZWEITE ABTHEILUNG.

Psychoneurosen.

ERSTES CAPITEL.

Die Hysterie.

Litteratur.

Pitres: Des spasmes rhythmiques hystériques (Gaz. méd. de Paris 1888, No. 12, 13, 16—19, 24—26). — Glorieux: Un cas de coxalgie hystérique chez un soldat (Bruxelles 1888). — Mathieu: Neurasthénie et hystérie combinées (Progr. méd. 1888, No. 30). — Huysmann: Mutismus hystericus (Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 1888). — Greidenberg: Zur Casuistik der männlichen Hysterie (Wratsch. 1888, No. 44). — Grenier: Hystérie et diabète (Arch. génér. de méd. 1888, Octb.). — Raymond: Hystérie et syphilis. Paralysie psychique (Progr. méd. 1888, No. 14). — Dutil: Hystérie saturnine. Monoplégie brachiale (Gaz. méd. 1888, 27. Octobre). — Strümpell: Ueber traumatische Hysterie (Münch. med. Wochenschr. 1889, No. 11). — Grasset und Bourguet: Leçons sur l'hystéro-traumatisme (Paris 1889). — Eulenburg: Traumatische Neurose (Unfallsneurose) mit dem prävalirenden Symptomenbilde der traumatischen Hysterie (Neur. Centralbl. 1889, No. 7, p. 208). — L. Meyer: Ueber acute, tödtliche Hysterie. Virchow's Archiv IX, 1856, p. 98. — A. Oseretzkowski: Ueber Hysterie in der Armee. Congress in Petersburg 1889. — A. Schwarz: Fall von viriler Hysterie (Neur. Centralbl. 1889, No. 7). — Pitres und Bitot: Des tremblements hystériques (Progr. méd. 1889, Sept., No. 37 u. 38). — Hagenbach-Burckhardt und Duvoisin: Ueber infantile Hysterie (Jahrbuch für Kinderheilk. 1889, Bd. 29, H. 3 u. 4). — Laufenauer: Therapie der Hysterie und Neurasthenie (Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1889, No. 12 u. 13). — Lorentzen: En Temperaturstigning til 44,9 Grad (Hospitals-Tidende 1889, No. 25). — Gilles de la Tourette und Cathelineau: La nutrition dans l'hystérie (Progrès médic. 1888, No. 48). — Bisshopp: A case of Hystero-Epilepsy in the male; right hemiplegia, accompanied with analgesia and anaesthesia (Lancet, 27. Juni 1889). — Schreiber: Zur Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie durch die Weir-Mitchell-Cur. — Bourneville und Courbarien: Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité (Progrès médic. 1889, No. 23). — Huchard: La pseudoangine de poitrine hystérique (Progrès médical 1889, No. 24, 25, 28, 29). — Guinon: Les agents provocateurs de l'hystérie (Thèse, Paris 1889. Publication du Progrès médical). — Weir-Mitchell: Die Behandlung gewisser Formen

von Neurasthenie und Hysterie, übertragen v. Klemperer. Berlin 1887. — Savage-Knecht: Geisteskrankheiten p. 98—119. — Kraepelin: Das hysterische Irresein. Psych. p. 390—404. — Salgó: Comp. p. 369—398. — Wernicke: Gehirnkrankheiten p. 310. — Schüle: Das hysterische Irresein. Klin. Psych. p. 233—255. — Scholz: Handbuch p. 108—113. — Richer: Etudes cliniques sur la grande Hystérie ou Hystéro-Epilepsie. Paris, Delahaye und Lecrosnier. 1885. — Charcot: Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Autor. deutsche Ausgabe von Freund. Leipzig u. Wien, Toeplitz und Deuticke. 1886.

I. Allgemeines Bild.

§. 482.

Die eigentliche Hysterie äussert sich bald mehr in dieser, bald mehr in jener Parthie des Nervensystems, nur sehr selten aber bleiben die psychischen Thätigkeiten ganz frei von aller Störung. In den gewöhnlichen, leichteren, noch nicht als psychische Krankheit anzuerkennenden Fällen zeigt sich, bald neben ausgesprochenen motorisch-sensitiven Anomalieen, bald ohne solche, als prädominirende Affection die eigenthümliche hysterische Gemüthsbeschaffenheit, nämlich übermässige gemüthliche Empfindlichkeit, namentlich für den leisesten Tadel, Neigung, Alles auf sich zu beziehen, leichte Erregung der gesammten Individualität, starker Wechsel der Stimmung auf unbedeutende oder gar keine äusseren Anlässe (Launen, Capricen), wobei über diesen Wechsel nicht die mindeste Rechenschaft gegeben werden kann, dabei öfters zeitweise zärtliche Sympathie für andere weibliche Individuen, einzelne Excentricitäten, ziemlich, selbst sehr aufgeweckte Intelligenz (bei jungen Mädchen Freude am Lernen etc.); mehr individuelle Charaktereigenschaften mischen jener allgemeinen Eigenthümlichkeit oft noch andere Züge, Neigung zu Täuschungen und Lügen, zu allerlei Unfug, Züge von ausgesprochenem Neid, von kleineren oder grösseren Bosheiten bei.

Tiefere hysterische Seelenstörungen äussern sich entweder 1) als acute Anfälle von Delirium und Aufregung bis zur vollendeten Perturbation; sie entwickeln sich aus gewöhnlichen hysterischen Krampfanfällen, die aber sehr leicht sein können, hier und da scheinen sie ganz an deren Stelle treten zu können, sodass alle spastischen Phänomene fehlen, wie bei der Epilepsie. Solche Erregungsparoxysmen kommen zuweilen schon bei sehr jungen Mädchen vor, bestehen in Vociferiren, Singen, Schelten, sinnlosem Herumtreiben, zuweilen förmlicher Wuth, Selbstmordversuchen, ausgesprochener nymphomanischer Aufregung, zuweilen religiös oder dämonisch gefärbten Delirien. Oder es sind 2) Anfälle von allerlei tollen und verkehrten, aber noch zusammenhängenderen Handlungen; in beiden Fällen bleibt wenig Erinnerung aus der Zeit der Störung zurück.

Das chronische Irresein der Hysterischen kann in dem Bilde der Depression oder in hyperthymischer Form erscheinen. Es entwickelt sich zuweilen als langsame, allmähliche Steigerung der habituellen hysterischen Gemüthsbeschaffenheit, sodass nach und nach deren Aeusserungen immer schrankenloser und störender hervortreten, die Selbstbeherrschung immer mehr unmöglich wird; oder es beginnt in acuterer Weise unter dem Einflusse von Gemüthsbewegungen, von Menstruationsstörungen, von Schwächung durch die verschiedensten acuten Krankheiten, nach einzelnen wenigen, vielleicht selbst unvollständigen hysterischen Anfällen. Aus Anfangs mässigen, leicht verkannten Charakterveränderungen, trüber Stimmung, früher unbekanntem Egoismus, ängstlicher Besorgniss um die eigene Gesundheit, grosser Unentschlossenheit und Willenlosigkeit, Ungeduld, Heftigkeit, Neigung zum Zorn, wobei wohl auch stets die Kranken abmagern, anämisch, ja zuweilen ganz marastisch werden, an Stuhlverstopfung, Verdauungs- und Menstruationsanomalieen leiden, entwickeln sich hier die tiefer dys- oder hyperthymischen, chronischen Irreseinsformen. Die zeitweisen Steigerungen erfolgen oft unter ausgesprochener Kopfcongestion, Anschwellung der Oberlippe, heftigen Kopfschmerzen, Erscheinungen von acutem Darmkatarrh; die Zeit der Menses bringt fast immer Verschlimmerung. Ein erotisches Element ist in den Stimmungen und Delirien dieser Kranken wohl manchmal unverkennbar, wenngleich oft nur leise angedeutet; aber es fehlt gar nicht selten auch ganz. Ekstatische Zustände kommen wohl hier und dort in den höheren Graden vor. Uebergang in Blödsinn ist nicht so selten, als man a priori glauben könnte. Die Hysterie kommt, obschon seltener, in völlig ausgesprochener Weise auch bei jungen Männern vor.

II. Aetiologie.

§. 483.

Die ursächlichen Erreger („Agents provocateurs“, Emotions morales, Guinon) sind meist psychischer Natur. Zuweilen genügt eine einzige Erregung, um die Hysterie wachzurufen, zuweilen jedoch erst wiederholte, längere Zeit hindurch wirkende Eindrücke, wie verkehrte Erziehung, Furcht vor Strafe oder Erregung der Phantasie z. B. durch religiöse Dinge, Hypnotismus, endlich nervöser Shock bei Unfällen etc.

Eine zweite Kategorie bilden die Allgemein-Erkrankungen und die Infectionskrankheiten: Typhus, Pneumonie, Scharlach, acuter Gelenkrheumatismus, Diabetes, Malaria, Syphilis. Gerade letztere kann eine bereits latent gewordene oder gemilderte Hysterie auf's Neue wieder anfachen.

Die Krankheit an und für sich spielt hier weniger die Rolle des

Provocators, als vielmehr der Zustand, in den sie den Kranken versetzt: die Asthenie des Nervensystems ist der günstige Boden zur Erzeugung der hysterischen Neurose. Demnach kann jede Erkrankung Hysterie im Gefolge haben, die erwähnten sind nur die am meisten bekannten und berücksichtigten.

Ferner tritt Hysterie im Gefolge von isolirten oder combinirten pathologischen Zuständen auf, die mit bedeutender Schwächung des betreffenden Individuums einhergehen; dahin gehören: Hämorrhagieen, körperliche und geistige Ueberanstrengung, Onanie und sexuelle Excesse, Anämie und Chlorose. Es folgen dann die Intoxikationen, ein Gebiet, dessen Beziehungen zur Hysterie erst seit Kurzem erschlossen sind. So sind z. B. die Kopfschmerzen bei Bleivergiftung, die nervösen Störungen der Alkoholiker lange bekannt, aber unter diesen nervösen Störungen wurden gewisse falsch gedeutet, indem man sie als Symptome der Vergiftung ansah, ohne ihre wahre Natur zu kennen. Hysterische Symptome hat A. Marie bis jetzt bei folgenden Vergiftungen — die toxischen Neuritiden als auf materieller Läsion beruhend, sind ausgeschlossen — nachgewiesen: bei Alkohol-, Blei-, Quecksilber- und neuerdings Schwefelkohlenstoff-Vergiftung. Bei der Alkohol-Intoxikation sind die organischen Läsionen, die Lähmungen und alkoholischen Neuritiden von den hysterischen Symptomen streng zu trennen; es giebt aber auch nervöse alkoholische Störungen ohne auffällige Veränderungen, die nicht mit der Hysterie zusammenhängen, während Guinon (Hystéro-Alcoolisme) den Standpunkt vertritt, das andere Störungen, namentlich die der Sensibilität — die Anästhesie und Hemianästhesie — sowie die convulsiven Symptome, welche man gewöhnlich als Alkoholepilepsie bezeichnet, hysterischer Natur sind.

Auch bei der Bleivergiftung giebt es zwei Arten von Anästhesie, von denen die eine, auf bestimmte Zonen, namentlich auf die Finger, welche direct mit dem Gifte in Contact sind, beschränkt, auf organischer Veränderung beruht, während die grösseren, unregelmässig über die Hautoberfläche zerstreuten anästhetischen Parthieen, sowie die zuweilen auftretenden Hemianästhesieen hysterischer Natur sind (Hystéro-Saturnisme — Guinon). Bei der Schwefelkohlenstoffvergiftung ist das eigenthümliche Gefühl von Zusammenschnürung des Testikels als hysterische Aura aufzufassen, während andererseits auch hier nervöse Störungen vorhanden sind, die nicht von Hysterie abhängen.

Wenngleich die Hysterie bei den chronischen Intoxikationen häufiger ist, kommt sie doch auch bei den acuten vor; so ist ein Fall bekannt, in welchem nach einer Vergiftung mit 20 g Kampfer Hysterie auftrat, ebenso nach Chloroformnarkose. Die Autointoxikation ist als sehr zweifelhaft nicht zu berücksichtigen.

Weitere „Agents provocateurs“ sind die Erkrankungen des Genitalapparates und des Nervensystems, die multiple Sklerose, die Tabes, die Friedreich'sche Erkrankung, die progressive primäre Myopathie, die Pott'sche Krankheit. Die einzelnen nervösen Störungen sind nach Guinon in jedem Falle die gleichen, mögen die „Agents provocateurs“ noch so verschieden sein.

Die „Agents provocateurs“ bilden die Gelegenheitsursachen, unter deren Einwirkung die Hysterie sich bei prädisponirten Individuen manifestirt, und zwar ist es die erbliche Prädisposition, nicht nur die gleichartige, sondern die nervöse erbliche Veranlagung überhaupt, die den für die Entwicklung der Hysterie günstigen Boden bildet.

Die einzelnen „Agents provocateurs“ können zuweilen, aber nur accessorisch den Erscheinungen der Hysterie ein bestimmtes Gepräge aufdrücken. So kann bei der auf Grundlage von Bleivergiftung sich entwickelnden Hysterie der Kranke eine hysterische Monoplegie haben, die auf den ersten Blick alle charakteristischen Symptome der wahren Bleilähmung darbietet, während sie gleichzeitig auch die der Hysterie zeigt, durch welche sie in Wirklichkeit bedingt ist.

Ihrer Natur und ihrem Ursprunge nach giebt es zwei Kategorieen hysterischer Erkrankungen; alle Fälle der ersten Gruppe — der localen Hysterie — sind cerebralen Ursprungs und infolge von Autosuggestion entstanden, während die zweite Gruppe — die allgemeine Hysterie — ihre Entstehung in der Ernährung, insonderheit einer Ernährungsstörung des Centralnervensystems hat. Trotzdem Fälle von grober Hirnerkrankung (z. B. Veränderung in den Stirnlappen) beobachtet worden sind, welche sich lediglich in hysterischen Erscheinungen documentirten, ist man, wie mit anderen Autoren Savage betont, durchaus nicht berechtigt, den pathologischen Sitz der Hysterie dorthin zu verlegen. Er ist vielmehr der Meinung, dass in manchen Fällen die Hysterie als eine ungehemmte Thätigkeit der niederen Centren des Organismus zu betrachten ist.

Die Entwicklung der Hysterie kann eine unmittelbare nach Einwirkung der Gelegenheitsursache sein, wenn zwischen ersterer und letzterer eine völlig ununterbrochene Reihe von pathologischen Phänomenen besteht, die den Krankheitszustand zusammensetzen, während man unter Fällen mit Spätbeginn diejenigen versteht, in denen vor Ausbruch der nervösen Störungen ein längerer oder kürzerer, wirklich oder scheinbar normaler Zustand Statt hatte. Bei traumatischer Hysterie können beide Arten von Beginn vorkommen; oft treten erst Monate oder Jahre nach dem veranlassenden Trauma die nervösen Symptome auf, eine Erscheinung, die vom forensischen Standpunkte aus von Wichtigkeit ist.

Krankengeschichte 1. (Raymond, ref. v. Laquer, Neur. Centralbl. 1889, Nr. 2.) „Ein 26 jähriges, sonst gesundes Mädchen litt von ihrem 17. bis zu ihrem 18. Lebensjahre an hysterischen Anfällen, blieb aber davon verschont vom 19. bis zum 26. Jahre. Alsdann bekam sie einen syphilitischen Schanker an der Vulva, wurde mit Roseola und einer Menge syphilitischer Papeln aufgenommen und mit Mercur und Jodkali behandelt. Im Februar litt sie an Dolores osteokopi und starken Kopfschmerzen, welche sie in ihrer Ernährung sehr herunterbrachten und verstimmten. Es trat hochgradige Anämie ein. Sie lag damals zufällig neben einer Patientin, die seit mehreren Monaten an einer syphilitischen Paraplegie und Incontinentia urinae litt: Zustände, die ihr Interesse und ihr Mitleid erregten. — Sehr schnell, binnen wenigen Tagen, trat auch bei ihr Ende März eine Paraplegie auf, die auf Grund von verschiedenen, sonstigen, hysterischen Erscheinungen als eine psychische Paralyse gedeutet und auf Autosuggestion zurückgeführt wurde. Die Kranke wurde in eine andere Abtheilung verlegt; hypnotische Versuche misslangen. — Als sie dort neben einer Syphilitischen mit Ohreneiterungen und Schwerhörigkeit zu liegen kam, wurde sie ebenfalls taub. Die Lähmung der Beine hielt bis Mitte Mai an, da verschwand sie ganz plötzlich nach einem Wortwechsel mit der Wärterin; im Affect ging Pat. einige Schritte aus dem Bett und konnte von der Zeit an ganz gut gehen. — Als sie später ohne Grund das Hospital verliess, bestand die Taubheit noch fort, obwohl man eine organische Ursache für dieselbe nicht hatte auffinden können. — Die Syphilis und die Anämie waren besser geworden.“

III. Allgemeine Symptomatologie.

§. 484.

Die Hysterie ist als eine psycho-neurotische Störung mit motorischen und sensiblen Krankheitserscheinungen aufzufassen, welche den Charakter des psychischen Ursprungs und der physiologischen Gruppirung und nicht denjenigen der anatomischen Begründung zeigen; aber sie lassen weder eine Constanz in der Gruppirung, noch eine bestimmte Reihenfolge in der Entwicklung und dem Ablauf erkennen. Es fehlt den schweren Störungssymptomen der Hysterie das, was man die pathologische „raison d'être“ nennen könnte (Salgó l. c. p. 370, 371).

Dass die Störungen der rein psychischen, der sensiblen, der sensorischen und der motorischen Functionen sämmtlich corticalen, d. h. psychischen Ursprungs sind, beweist 1) der Verlauf der Affectionen, der bei thatsächlicher heerdweiser Zerstörung bestimmter Gehirnparthieen ganz anders sein würde, 2) die Möglichkeit der äusseren Beeinflussung der hysterischen Krankheitserscheinungen. Die Empfindlichkeit und Empfänglichkeit des Centralnervensystems ist bei der Hysterie so gesteigert, dass jeder äussere Reiz eine neue Krankheitserscheinung hervorruft. Daher die wechselnden Bilder bei dieser Krankheit und der Reichthum an Krankheitssymptomen, welcher, wie feststeht, infolge der Behandlung der Hysterie mit Hypnose und Suggestion noch erheblich zugenommen hat.

Die psychischen Symptome bestehen in depressiver und reizbarer Verstimmung, Perversitäten der Empfindung, leichten Angstzuständen.

Bisweilen kommt es zu Ausbrüchen hyperthymischer Erregung, häufiger hat der Exaltationszustand hallucinatorischen Charakter, ähnlich dem Bilde der Hallucinose.

Bisweilen treten Dämmerzustände des Bewusstseins bei der Hysterie auf, welche denen der Epilepsie gleichen, mit der Dauer von Minuten bis Stunden, selbst bis zwei Wochen, und zwar entweder im Zusammenhange mit Krampfanfällen oder ohne Anschluss an dieselben. Es kommen auch vollständige Bewusstseinspausen mit totaler Amnesie, ganz ähnlich denen der Epilepsie, vor. Diese spontanen Anfälle von Bewusstseinsstörungen haben nichts gemein mit jenen durch Hypnose und Suggestion künstlich hervorgerufenen ähnlichen Erscheinungen. Selten treten bei der Hysterie hochgradige psychische Hemmungen katatonischer Art auf. Die Entwicklung des Stupors, sowie das Abklingen desselben geschieht auch hier plötzlich und unvermittelt, ähnlich den Zuständen der eigentlichen Katatonie. Aber das Verhalten der Sensibilität ist bei der Hysterie ein durchaus specifisches.

IV. Specielle Symptomatologie.

A. Somatische Symptome.

a) Im Allgemeinen.

§. 485.

1. Sensibilitätsstörungen. Während bei dem katatonischen Stupor anderer Psychosen die Sensibilität nur herabgesetzt ist, ist die Anästhesie beim hysterischen Stupor so hochgradig, wie sonst nie; es besteht complette Analgesie, und während sonst die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Hautdecke gleichmässig und allgemein auftritt, ist bei der Hysterie die Sensibilität oder Analgesie auf kleinere, heerdweise Bezirke verbreitet, bisweilen halbseitig, bisweilen auf die obere oder untere Körperhälfte beschränkt, umfasst nicht gleichmässig alle Qualitäten der Empfindung, und die Localisation der Störungen wechselt oft ohne Veranlassung. Andererseits werden diese Sensationen gern zu entsprechenden Wahnvorstellungen allegorisirt; Anästhesieen des Muskelsinnes werden im Sinne des Schwebens oder abnormer Leichtigkeit und in Verbindung mit cutaner oder visceraler Anästhesie im Sinne der Escamotirung eines Gliedes umgedeutet. Weniger die Analgesie als die pathognomonische Sucht der Hysterischen, die Schwere der Erkrankung zu demonstriren, veranlasst die Kranken, sich die Haut zu durchbohren, Nadeln zu verschlucken etc. Diesen Ausfallserscheinungen stehen in anderen Fällen Reizungserscheinungen gegenüber. Anfälle von Kardialgieen, Ovarialgieen (Boule hystérique), Schmerzen beim Uriniren, Pruritus der Genitalien sind nicht selten. Bisweilen sitzt die schmerzhafte Empfindlich-

keit in den Muskeln, Gelenken oder Eingeweiden. Die Hautempfindung ist oft gesteigert, besonders nach einem Anfall lassen sich hyperästhetische Punkte nachweisen, durch deren Compression unangenehme sensitive Empfindungen und schliesslich der Anfall hervorgerufen werden können (Hysterogene Punkte oder Zonen). Am häufigsten findet man diese in der Eierstocksgegend, über und unter der Brust, unter den Achseln und in den Weichen, über und neben der Wirbelsäule; meist sind sie symmetrisch (Salgó l. c. p. 380).

2. Nächst den Sensibilitätsstörungen ist unter den somatischen Symptomen der Hysterie die Verdauungsstörung das wichtigste; sie zeigt das Bild des Magen-Darm-Katarrhs oder das der Magengeschwüre oder der Leber-Erkrankungen, theils mit hartnäckigen Obstipationen, theils mit Durchfällen, theils mit Meteorismus, Singultus und Ructus verbunden. Diese Erscheinungen sind auf Paresen oder Krämpfe der Darmmuskulatur zurückzuführen. Die Kranken übertreiben oft die Erscheinungen. Hartnäckige Nahrungsverweigerung und Abstinenz kann selbst das Leben gefährden, wird jedoch von den Patienten zuweilen simulirt, indem dieselben heimlich Nahrung zu sich nehmen (ibidem p. 377).

3. Die krankhaften Erscheinungen der Sinnesorgane bestehen theils in Reizungs- theils in Ausfallssymptomen. Am häufigsten sind Störungen des Gesichts. Verschieden hochgradige Amblyopie oder Amaurose (diese stets doppelseitig), Einengungen des Gesichtsfeldes, Dyschromatopsie (Galezowski cit.), Achromatopsie sind oft beobachtet. Der Augenhintergrund zeigt dabei stets normalen Befund. Bei halbseitigen Krankheitssymptomen sind auch die Affectionen des Sehapparates halbseitig. Die optischen Ausfallssymptome sind meist an schwere Krampfanfälle gebunden. Seltener sind halb- oder beiderseitige Taubheit und Geruchs- und Geschmacks-Alteration, die mehr zu den Hyper- und Parästhesieen der Hysterischen zu rechnen sind (l. c. p. 379, 380).

4. Die motorischen Störungen sind theils Reizungs- (cf. §. 486), theils Lähmungs- (cf. §. 488) Erscheinungen, die in rascher Folge mit einander abwechseln oder auch neben einander bestehen können. Der eigenartige Verlauf derselben ist das wichtigste Merkmal hysterischer Bewegungsstörungen.

5. Circulations-Störungen bei Hysterie äussern sich in auffälliger Beschleunigung oder Verlangsamung der Herzaction, abwechselndem Erröthen und Erblassen, in mehr oder weniger ausgebreiteten Hyperämieen und Anämieen der Hautdecke (l. c. p. 389).

6. Störungen der Se- und Excretionen kommen bei Hysterie vor, sind aber stets sehr vorsichtig zu beurtheilen. Ich kannte eine

hysterische Dame, welche von Zeit zu Zeit dicken, trüben Harn mit zahlreichen Epithelien und weissen Blutkörperchen entleerte, ohne je andere Symptome einer Cystitis zu zeigen.

b) Im Speciellen.

1. Hysterische Krämpfe.

§. 486.

Die motorischen Reizerscheinungen bestehen in Krämpfen, bei welchen das Bewusstsein meist erhalten ist. Auslösende Veranlassungen für den Ausbruch der Convulsionen mit ihren Folgeerscheinungen sind entweder psychische Erregungen, Schreck, Aerger etc. oder exacerbirende Neuralgieen oder endlich die wiederkehrenden Menses.

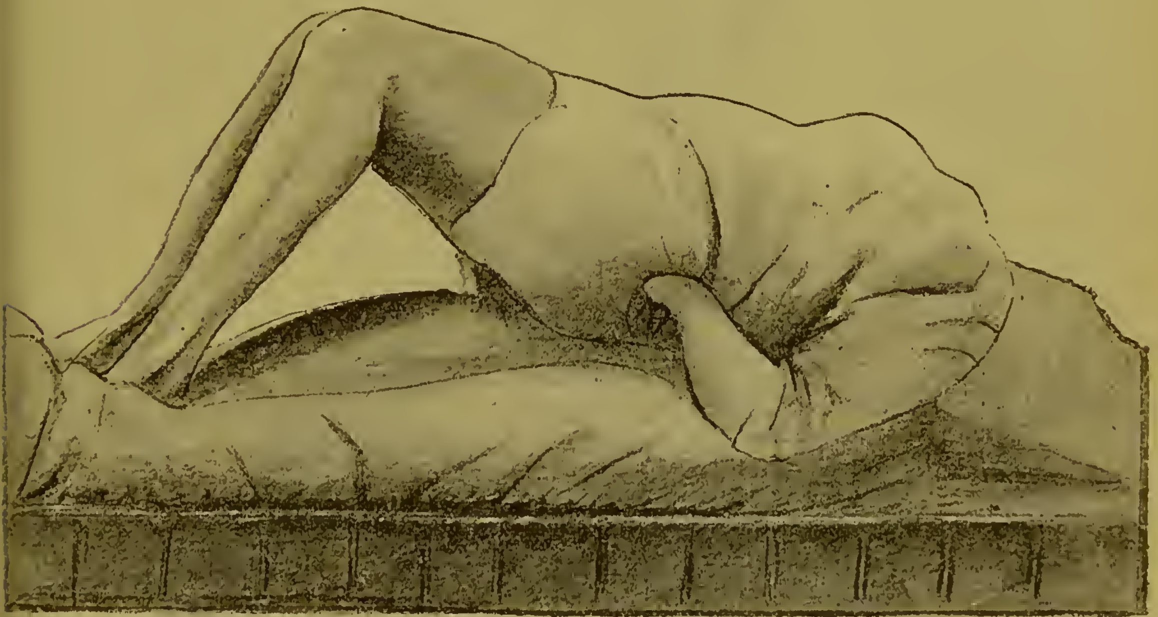
Von den epileptischen unterscheiden sich die hysterischen convulsiven Anfälle durch ihre wechselnde Erscheinungsform, ihre längere Dauer und das begleitende Schreien. Die Convulsionen haben mehr einen coordinirten, anscheinend bewussten Charakter; der Hals, der Rumpf und namentlich das Becken werden dabei in der gewaltsamsten Weise betheiligt, in den exquisitesten Fällen schleudern sich die Kranken aus dem Bett; sie zerreissen die Kleider, zerraufen die Haare, verletzen sich häufig bedeutend. Trotz der scheinbaren Absichtlichkeit der Bewegungen kann vollkommene Bewusstlosigkeit wie bei dem epileptischen Anfall bestehen (Wernicke, l. c. I, p. 311). Ich habe nur in den seltensten Fällen letzteren Satz bestätigt gefunden. Es handelte sich aber dann nur um Formen der Grande Hystérie, welche sich in Deutschland relativ selten finden.

Man unterscheidet kleine und grosse Anfälle. a) die kleinen Anfälle treten entweder in einzelnen Muskelgruppen als Singultus, Ructus, Kardialgie, Asthma, Strangurie etc., jedoch auffälligerweise niemals in den vom N. Facialis versorgten Muskeln auf, was nach Meynert pathognomonisch ist, oder sie betreffen die Gesammtmuskulatur. Die kleinen Anfälle treten nach geringen Prodromen oder ohne dieselben plötzlich auf, dauern meist nur wenige Minuten, wiederholen sich in kurzer Zeit öfters, und machen, entweder nach eintretendem lethargischen Schlaf, oder plötzlich dem normalen intervallären Zustand Platz.

b) Die grossen hysterischen Anfälle zeigen Krämpfe tonischer und klonischer Natur, welche während der Attaque in einander übergehen. Die grossen Anfälle verlaufen in mehreren Perioden. Nachdem kürzere oder längere Zeit Prodrome (seelische Verstimmung, Hallucinationen, Zusammenschnüren im Halse, Tympanie, Ptyalismus, Polyurie, Beängstigung, Palpitation, Contractur) sich gezeigt haben, leitet eine Aura hysterica den Anfall ein (Möbius l. c. p. 111). Die

Aura besteht in dem Gefühl einer vom Hypogastrium oder der Ovarialgegend zum Epigastrium und dem Halse aufsteigenden Kugel (Globus hystericus); damit verbinden sich Herzklopfen, Schlagen der Schläfenarterien, Ohrensausen, Umnebelung des Bewusstseins.

Die erste Periode wird die epileptische genannt: Sie leitet sich mit Vibriren der Lider ein, dann sinkt die Kranke ohne Schrei zu Boden; Verletzungen treten beim Fallen fast nie ein. (Der Epileptiker stösst oft bei seinem jähen Niederstürzen einen wilden Schrei aus und verletzt sich leichter oder schwerer.) Der Kopf dreht sich langsam nach hinten, das Gesicht verzerrt sich, die Zunge wird herausgestreckt, die Athmung stockt, die Arme werden adducirt, nach innen rotirt, die Hände gebeugt oder zur Faust geschlossen, die Beine in allen Gelenken gestreckt. Häufig besteht bei diesen tonischen Krämpfen exquisiter Opistho- oder Lordotonus. Das normale Verhalten der Pupillen, die Reichhaltigkeit der Bewegungen, der gelegentlich sich einmischende arc de cercle (vgl. die Figur), das Herausstrecken der Zunge, besonders aber



Hysterischer Kreisbogen (nach Bourneville und Regnard).

die Empfindlichkeit der Ovarialgegend und die Möglichkeit, durch kräftigen Druck auf dieselbe den Anfall zu unterbrechen, schützen vor Verwechselung mit Epilepsie. Nachdem die Kranke eine Zeit lang starr gelegen, beginnen kurze, rapide Zuckungen, die Cyanose verliert sich, und es treten tiefe, tönende Athemzüge ein. Diese Krämpfe können auch halbseitig auftreten (ibidem).

Nach einer kurzen Ruhepause beginnt die zweite Periode, die der Contorsionen und der grossen Bewegungen (Clownismus). Die

Kranke nimmt die unwahrscheinlichsten Stellungen an, schleudert bald den Oberkörper, bald die Beine nach oben in die Luft, schlägt mit den Armen nach allen Seiten und schreit dabei oder stösst unarticulirte Laute aus.

Hieran schliesst sich die dritte Periode, die der plastischen Stellungen. „Die Kranke nimmt eine ausdrucksvolle Haltung an und verräth durch Delirien, dass sie irgend ein früheres Erlebniss hallucinirt; die Ereignisse, welche die Kranke früher am tiefsten bewegt haben,



Hysterische Contractur
(nach der Iconographie der Salpêtrière von Bourneville und Regnard).

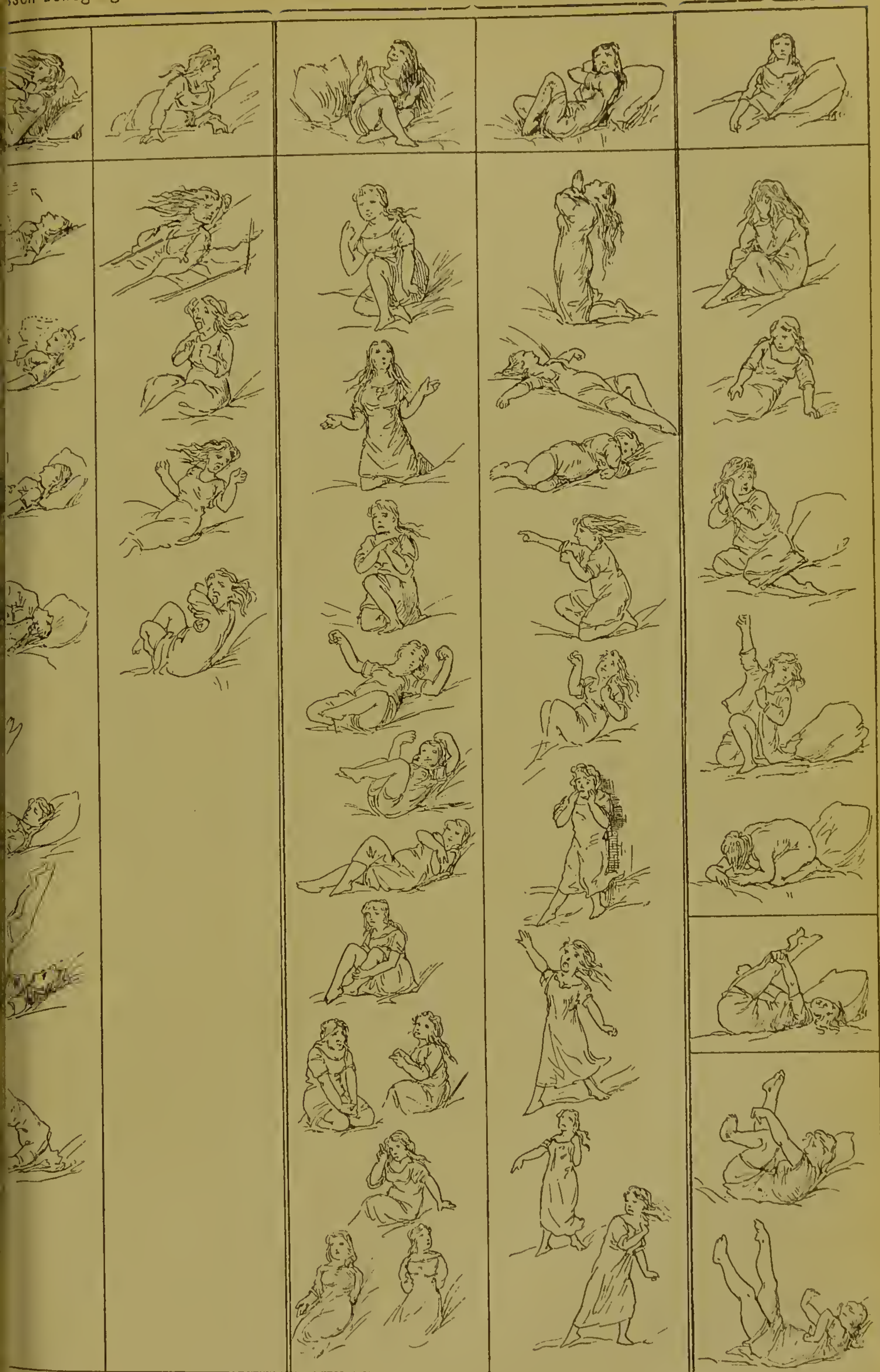
werden wieder erlebt, und rasch folgen sich heitere und traurige Scenen. Haltung, Miene und Worte drücken bald Schrecken und Drohung, bald Lockung und Lüsternheit, bald Ekstase, Spott, Klage aus."

Allmählich klingt der Anfall in ruhigeren Delirien der vierten Periode aus. Während desselben ist das Bewusstsein stark getrübt, aber nicht völlig aufgehoben, und die Kranke völlig anästhetisch (ibidem



Die 4 Perioden der

ssen Bewegungen. 3te Periode der leidenschaftlichen Stellungen. 4te delirante Periode.



terie“ (nach Richer).

p. 112). Gewisse Krampfformen treten unter dem Bilde von „Zwangsbewegungen“ auf. Es besteht ein Unvermögen, die gewollte einfache Bewegung in gerader Weise auszuführen.

Wegen dieser Krämpfe eine besondere Form der Hysterie, die „Hystero-Epilepsie“ anzunehmen, ist man, glaube ich, nur insofern berechtigt, als die Paroxysmen aus dem Rahmen der gewöhnlichen Hysterie heraustreten, d. h. aus dem Rahmen einer Neuropsychose. Hysterieen, wie sie Richer und andere französische Autoren beschreiben, sind lediglich autochthone Erscheinungen. Derartige hysterische Anfälle, wie sie beiliegende Tafel zeigt, kommen bei uns wohl nur höchst selten zur Beobachtung.

Nur selten tritt der Anfall der grande Hysterie isolirt auf, in der Regel in Reihen (état de mal), die eine beträchtliche Länge erreichen können. Während der gehäuften Anfälle wird nie stärkere Temperatursteigerung beobachtet, nie ist das Leben bedroht.

In einzelnen Fällen (Möbius l. c. p. 110) schliessen sich unmittelbar an die Convulsionen localisirte Contracturen an, die Stunden und Tage hindurch die Convulsionen überdauern (vgl. Abbildung p. 754). Diese Contracturen sind als ein Krampf zu betrachten, welcher durch eine Functionsstörung des Gehirns verursacht wird. Dieselben treten theils ohne nachweisbare Veranlassung, theils bei ganz subtilen Anlässen ein und sind durch ihre Intensität und Hartnäckigkeit merkwürdig. Der Arm wird in Beuge- oder Streckstellung fixirt, oder die Hand wird fest geballt, oder ein Bein oder beide in permanenter Streckung gehalten. Es ist für die hysterischen Krämpfe charakteristisch, dass die willkürlichen Muskeln nur die Bewegungen zeigen, welche auch willkürlich möglich sind.

2. Hysterischer Tremor.

§. 487.

Zittern als Symptom der Hysterie kann unter verschiedenen Formen auftreten, bald localisirt, bald allgemein andauernd oder aussetzend, in langsamem oder schnellem Tempo. Das jugendliche Alter ist bevorzugt. Gemüthliche Erregung oder Trauma fehlen selten als Gelegenheitsursachen. Die Spasmen setzen plötzlich ein und haben vom ersten Tage an die Gestalt, die sie bis zu ihrem Schwinden unveränderlich beibehalten. Zuweilen betreffen sie ein System associirter Muskeln, zuweilen die Muskeln einer Körperhälfte, bald einen, bald mehrere. Die Zuckungen können zweimal pro Secunde, aber auch nur einmal im Verlauf mehrerer Minuten auftreten, wesentlich ist der rhythmische Charakter. Sie sind bald blitzartig, elektrischen Contractionen vergleichbar, bald langsam, willkürlichen Bewegungen ähn-

lich. Stets cessiren sie im Schlaf, zuweilen in der Hypnose. Druck auf bestimmte Zonen, bestimmte Körperstellungen, Fixirung der Aufmerksamkeit, Anstrengung gewisser Muskeln (Singen) unterdrücken sie. Krankheitsbewusstsein ist die Regel. Zwischen den hysterischen und nicht-hysterischen rhythmischen Convulsionen existirt kein unterscheidendes Merkmal. Die Diagnose der ersteren beruht ganz auf dem Nachweis anderweitiger hysterischer Symptome. Psychische Infection ist sehr häufig.

Nach Pitres (l. c. ref. v. Laquer, Neurol. Centrbl. 1889, No. 23) zerfällt der Tremor in 3 Gruppen:

1. Klonisches Zittern (tremblement trépidatoire).
2. Vibrirendes Zittern (tremblement vibratoire).
3. Intentions-Zittern (tremblement intentionnel).

1. „Das klonische Zittern der Hysterischen befällt meist eine Extremität, besonders ein Bein. Es vollzieht sich in einem regelmässigen Rhythmus von Flexion zur Extension und ähnelt dem Klonus bei Erkrankung der Pyramidenseitenstränge. Bei einzelnen Kranken hört es in Horizontallage auf und zeigt sich nur im Stehen oder im Sitzen.

Beispiel 1. (Pitres l. c. p. 673). „Bei einem 46 jährigen Mann bestand ein klonischer Tremor der beiden Beine schon seit 10 Jahren, ohne dass sonstige neurotische Krankheitserscheinungen eingetreten wären. In Horizontallage war nichts Abnormes zu bemerken. Erst wenn der Patient sich erhob, begannen die Zitterbewegungen. Der Gang war unsicher, Augenschluss vermehrte die Unsicherheit im Stehen und Gehen: die oberen Extremitäten und der Kopf waren frei geblieben. — Unter Ausschluss der diagnostischen Möglichkeiten, wie Myelitis transversa, Tabes dorsalis und Sklerosis disseminata kam Pitres zu der endgültigen Annahme, dass der Kranke an männlicher Hysterie litt. Derselbe stammte von einer hysterischen Mutter, war in seiner Jugend gesund, später aber dem Trunke ergeben. Gelegenheitsursache war ein heftiger Schreck, den er erlitten, als seine kleine Tochter in Gefahr war, von einem Balcon lebensgefährlich abzustürzen, er rettete sie durch eine Leiter und bekam nachher einen convulsiven Anfall; später traten Contracturen in den Beinen, nach weiteren 5 Monaten die geschilderten Zitterbewegungen ein. Er hatte ferner Gesichtsfeldeinschränkung, anästhetische Hautstellen, halbseitige Aufhebung des Gehörs und des Geschmacks: spasmogene Zonen."

2. „Bei dem vibrirenden Zittern der Hysterischen handelt es sich um kleine, kurze Oscillationen, besonders der Finger und der Hände, welche oft erst in der ausgestreckten Haltung der Arme sichtbar werden. Die Zitterbewegungen gleichen bald denen der Paralysis agitans, bald denen des Tremor senilis, bald auch dem Zittern der Alkoholisten. Sie verhindern den Gebrauch der betreffenden Glieder nicht völlig, bedingen aber eine gewisse Ungeschicklichkeit. Die Schnelligkeit der Schwingungen ist eine sehr verschiedene. Sie heilen oft spontan oder nach Anwendung der einfachsten antihysterischen Methoden (Trousseau, Germain, Sée, Royal, Chambarel, Greidenberg u. A. haben

entsprechende Beobachtungen veröffentlicht). Oft aber zeigen diese hysterischen Zitterformen eine grosse Hartnäckigkeit. Pitres macht darauf aufmerksam, dass auch in der Pathogenese des chronischen Zitterns bei Paralysis agitans und bei Tremor senilis die Emotion eine grosse Rolle spiele, und auch bei diesen Krankheiten auf hysterische Merkmale sorgfältig zu fahnden sei. Die auf reflectorischem Wege entstandenen Tremor-Arten gehören nach Pitres zur grossen Gruppe der hystero-traumatischen Affectionen."

Beispiel 2. (Pitres). „Ein 19 jähriger Jüngling, von einer hysterischen Mutter abstammend, der von nervösen Constrictions-Empfindungen am Halse geplagt war und Aufhebung der Schlundreflexe sowie Einschränkung des Gesichtsfeldes zeigte, bekam auf der Jagd durch eigene Unvorsichtigkeit einen Schuss in die Palmarfläche am rechten Zeigefinger. Die Wunde heilte innerhalb 14 Tagen. Die Narbe blieb schmerzhaft, und es traten leichte Zitterbewegungen am Vorderarm und an der verletzten Hand auf. Die Finger waren ruhig, Lähmungen nirgends vorhanden, doch die Bewegungen der Hand infolge des Tremors unsicher. Das Zittern verschwand nach wenigen Faradisationen der Muskeln des Vorderarms.

Aehnliche rapide Heilungen bieten Zitterformen dar, welche bei chronischen Intoxikationen, z. B. bei Alkoholismus und bei Dyskrasieen nach schweren Infectionskrankheiten etc. vorkommen und zur Hysterie ebenfalls in gewisser Beziehung stehen."

3. Das hysterische Intentionszittern zeigt sich bei beabsichtigten Bewegungen, besonders in den oberen Extremitäten, aber auch in den unteren, auch Rumpf und Kopf sind nicht frei; es hört auf, sobald die Muskeln in absoluter Ruhe verharren. Die beabsichtigten Bewegungen kommen trotz des Zitterns in der eingeschlagenen Richtung gut zu Stande, weil sich nicht wie bei der Chorea gleich zu Anfang unzweckmässige Mitbewegungen einmischen.

Beispiel 3. (Pitres). „Ein 34 jähriger Mann klagte seit einem Jahre über unaufhörliche Kopfschmerzen und Umnebelung der Gedanken. Er zeigte ausserdem eine beträchtliche Abschwächung der Motilität und Sensibilität der ganzen linken Körperhälfte. — Das obere Augenlid hing links etwas herab. Ferner bestand ein Intentions-Tremor an den linken Extremitäten und zwar von ziemlich grosser Intensität. Die Erscheinungen waren in unmittelbarem Anschluss an grosse Geldverluste des Patienten eingetreten. Neuropathisch war derselbe nicht belastet, nie luisch, nie ein Trinker gewesen. Pitres dachte an einen Hirntumor; da aber nach einem magneto-therapeutischen Versuche alle nervösen Symptome verschwanden, musste man nachträglich den hysterischen Charakter des ganzen Krankheitsbildes annehmen."

Der hysterische Intentions-Tremor kommt auch im Gefolge von schweren Infectionskrankheiten vor.

Beispiel 4. (Pitres). „Bei einem 18 jährigen Manne war Intentionstremor, beschränkt auf die rechte obere Extremität, in der Reconvalescenz von Typhus eingetreten, nachdem die plötzlich Nachts entstandenen Erscheinungen einer rechtsseitigen Hemiplegie mit Contractur und Aphasie zurückgegangen waren. Auch bei diesem Pat. bestand Gesichtsfeldeinengung und Verlust der Schlundreflexe.

Das hysterische Intentionszittern hat Letulle auch bei einem Falle von Quecksilbervergiftung beobachtet und mit dem Magneten sowie durch elastische Ligatur ge-

heilt. — Nach alledem muss man sich der Ansicht Pitres anschliessen und in allen zweifelhaften Fällen von Tremor an die hysterische Natur des Leidens denken und in erster Reihe dementsprechend behandeln."

3. Hysterische Lähmungen.

§. 488.

Sie kommen vor als hemiplegische (das Gebiet des Facialis und Hypoglossus bleibt auch hier unberührt) oder als paraplegische; ferner isolirt als Lähmungen im Schlingapparat und in den Respirationsorganen (hysterische Aphonie, Aphasie), seltener in den Sphinkteren Vesicae und Ani, selten auch in einzelnen Muskeln der Extremitäten oder des Stammes. Die Dauer der hysterischen Lähmungen hängt oft von der Ausdehnung derselben ab; ausgebreitete Lähmungen sind von längerer Dauer. Die Begleitsymptome und der Verlauf der Lähmungen sichern die Diagnose der Hysterie.

Der Ansicht Lombroso's, dass auch eine hysterische Facialislähmung vorkomme, sind Brissaud und Marie mit der Behauptung entgegengetreten, dass eine Facialislähmung bei hysterischer Hemiplegie nicht vorkomme, wohl aber durch eine Contractur der einen Lippenhälfte vorgetäuscht werden könne. „Gleichzeitig zeigten sich muskuläre Zuckungen in derselben, neben einer hochgradigen Abweichung der Zungenspitze nach der contrahirten Lippenhälfte, die nach denselben Autoren bereits sichtbar sei, wenn man nur den Mund öffne, ohne die Zunge vorzustrecken; und endlich entweiche die Luft beim Versuche des Blasens etc. nicht auf der anscheinend gelähmten, sondern auf der krampfartig geschlossenen Gesichtshälfte. Demgegenüber hält Lombroso auf Grund von neuen Beobachtungen seine Ansicht aufrecht: und zwar unterscheidet sich die hysterische Facialislähmung in nichts von einer organischen, indessen wird sie öfters, wie es ja auch bei anderen hysterischen Lähmungen häufig der Fall ist, von einer Contractur begleitet; dann kann man allerdings beobachten, dass die Luft beim Blasen etc. nicht durch die gelähmte, sondern durch die andere Mundhälfte entweicht" (ref. Sommer, N. Centrlbl. 1889, Nr. 2).

Oft treten Convulsionen in den gelähmten Gliedern auf, oder die Lähmung wechselt. Die Reflexe verhalten sich ungewöhnlich, auch stellen sich bald Contracturen an den gelähmten Extremitäten ein. Niemals ändern die hysterisch gelähmten Muskeln ihr elektrisches Verhalten, noch tritt secundäre Atrophie in ihnen auf.

Beispiel. „Dutil berichtet über einen interessanten Fall von hysterischer Lähmung und zwar einer Monoplegie des linken Arms bei einem Manne mit chronischer Bleivergiftung. Derselbe hatte im Anschluss an einen Anfall von Bleikolik bereits sechs Jahre vorher eine linksseitige Hemiplegie mit Betheiligung des

Facialis und gemischter Hemianästhesie erlitten, welche erst nach ca. 7 Monaten schwand. Drei weitere Kolikanfälle verliefen ohne nervöse Erscheinungen. Die letzte Monoplegie begann mit Parästhesieen; sie ist nicht absolut schlaff und betrifft alle Muskeln gleichmässig; die elektrische Erregbarkeit ist bedeutend herabgesetzt, die Sehnenphänomene des linken Armes sind abgeschwächt. Die Berührungs- und Temperaturempfindlichkeit des linken Armes ist vermindert, die Grenze der anästhetischen Zone an der Schulter die typisch hysterische. Die Hörschärfe ist links stark reducirt, Geschmack und Geruch normal" (ref. Ziehen, N. Centrlbl. 1889, Nr. 2).

4. Lethargische Zustände.

§. 489.

In Verbindung mit einer der vier Perioden der grande Hysterie, hauptsächlich im Anschluss an die Convulsionen oder als deren Vorläufer oder als Ersatz für die 3. und 4. Periode, aber auch selbstständiger, nur begleitet von leichteren hysterischen Phänomenen, erscheint häufig ein Zustand von Lethargie, tiefer Schlafsucht. Nach den gewöhnlichen Prodromen steigt lebhafte Gesichtsröthe auf, ein Zeichen von sich bildender Congestion; eine Art tetanischer Starre überläuft in einem Augenblick den ganzen Körper, dann folgt eine leichte Störung der Respiration, die langsam und tiefer wird, und auf diese Phänomene der tonischen Periode, welche höchstens einige Minuten dauern, folgt tiefer Schlaf. Die Augen sind geschlossen. Die Muskeln sind entweder ganz erschlafft oder halbstarr, oder die Starre ist allgemein, es kann aber durch Reibung die Lösung der Muskeln bewirkt werden. Es besteht häufig gesteigerte Erregbarkeit der Nerven, sodass z. B. schon ein leichter Schlag auf den N. facialis genügt, um sämmtliche von ihm versorgten Muskeln in eine tetanische Spannung zu versetzen, die den Reiz überdauert. Zuweilen kann die Kranke das vollkommene Bild des Scheintodes darbieten, während der Gehörssinn lebhaft thätig ist. Meist ist das Bewusstsein vollkommen aufgehoben. Indessen findet manchmal Erinnerung statt für die deliranten Träume (wilde Thiere, Spaziergänge im Walde etc.).

Die Lethargie kehrt gewöhnlich in unregelmässigen Perioden wieder. Die Dauer ist sehr verschieden, von einer halben bis zu mehreren Stunden, von einem bis zu vielen Tagen, sodass die Kranken künstlich ernährt werden müssen.

Krankengeschichte 2. (Richer l. c. p. 254). Die 19 Jahre alte Patientin bietet die exceptionelle Erscheinung dar, dass die Prodromalerscheinungen vom Ovarium nicht gleichseitig mit der links bestehenden Hemianästhesie, sondern rechts auftreten. Die Anfälle von Schlafsucht erfolgen periodisch und mit den convulsiven abwechselnd.

20. Juni, 5½ Uhr Abends eine Reihe von 5 gewöhnlichen Anfällen, um 10 Uhr Eintritt des Schlafs, welcher bis zum 22. Juni, 10 Uhr Morgens dauert. Da die Patientin während dessen das Bett genässt hat, wird die Bettwäsche gewechselt, ohne

dass sie darüber aufwacht. 7. Juli. 4 convulsive Anfälle. 8. Juli. Schlaf von 6 Uhr Abends bis 10 Uhr Morgens. 11. Juli. Schlaf von 6 Uhr Morgens bis 4 Uhr Abends. 3. August. Schlaf von 10 Uhr Abends bis zum 5. August 6 Uhr Morgens. 30. August. Pat. schläft seit 38 Stunden nach einigen Convulsionen, welche durch Compression des Ovariums aufgehalten sind. Die verschiedensten Versuche sie zu wecken, (Rufen, Schreien in die Ohren, heftiges Rütteln, Stechen mit Nadeln) sind vergeblich. Die Paralyse der Muskeln ist vollständig; wenn man die Patientin hochhebt, fällt sie wie eine leblose Masse auf das Bett zurück, und verharrt in der zufällig eingenommenen Stellung; aber sie verändert bisweilen freiwillig ihre Körperlage. Die oberen Augenlider sind gesenkt und zeigen ein leichtes Zittern, welches zunimmt, wenn man sie aufheben will. Die Patientin hat im Schlafe theils beängstigende Träume (sie dreht sich von einer zur anderen Seite, sucht zu fliehen, versteckt das Gesicht in den Kopfkissen, sie sieht wilde Thiere, welche ihr in die Beine beissen und ruft eine Frau B. zu Hülfe: „Jagen Sie alle diese Thiere fort!“), theils heitere (sie geht mit dem Sohn ihres früheren Hausherrn spazieren) und hat dafür nach ihrem Erwachen Erinnerung. Die Compression des Ovariums unterbricht den Schlaf vollständig, aber die Patientin hat keine Lust, auf die Fragen nach ihren Träumen zu antworten. Nach einem durch Berührung des Sternums hervorgerufenen convulsiven Anfall fällt sie wieder in Schlaf zurück.

3. September. Pat. schläft plötzlich auf dem Bett einer Genossin 7 Uhr Abends ein; der Schlaf dauert bis 5 Uhr Morgens. Sie ist bis 10 Uhr melancholisch und stumm. Eine elektrische Behandlung giebt ihr Heiterkeit und Sprache wieder. Um 10 Uhr Rückfall in Schlaf. 23. September. Patientin schläft auf einer Bank im Hof von 10 Uhr Morgens bis 3 Uhr Nachmittags. 25. September. Pat. schläft seit gestern Morgen 9 Uhr. Diesen Morgen ist die Erschlaffung vollständig, das Gesicht geröthet, die Augen geschlossen, die Lider leicht zitternd, die Athmung ruhig und regelmässig. Pat. wendet sich im Bett um, liegt meist auf der linken Seite, das Gesicht in das Kopfkissen vergraben. Vorübergehend weint sie, murmelt unverständliche Worte zwischen den Zähnen, stösst unarticulirte Schreie aus. Durch den ovariellen Druck geweckt, beklagt sie sich über den bitteren Geschmack im Munde nach dem Coloquinthen-Pulver, welches man ihr während des Schlafes, um sie zu wecken, auf die Zunge gestreut hatte, und über die ihr zu demselben Zweck beigebrachten Stiche am rechten Arm und an der rechten Schläfe, aber nicht über die an der Seite. Sie will nicht essen und nicht trinken, weil sie keinen Hunger hätte; sie erklärt, angenehme Sachen geträumt zu haben. Kurz darauf werden die Augen starr, die Augenlider senken sich plötzlich, und sie schläft wieder ein. Es hat sich keine epileptische Erscheinung gezeigt. — Zum zweiten Male durch das gleiche Verfahren aufgeweckt, schläft sie nicht wieder ein. Sie erhebt sich aus dem Bette, geht zu Stuhle und macht sich daran, die ihr vorgesetze Nahrung zu sich zu nehmen.

5. Kataleptische Zustände.

§. 490.

In ganz gleicher Weise wie die Lethargie tritt, die convulsiblen Erscheinungen einleitend oder abschliessend oder mit ihnen alternirend, aber auch in Verbindung mit anderen hysterischen Erscheinungen oder schliesslich als selbstständiger hysterischer Anfall bei solchen Personen, die zu anderen Zeiten hysterische Symptome zeigten, eine kataleptische Starre der Glieder ein. Darunter versteht man die Flexibilitas cerea

(wächserne Biegsamkeit) der Muskeln, vermöge deren die Glieder jede, selbst die unbequemste Stellung beibehalten, die ihnen von einer zweiten Person gegeben wird, (bisweilen müssen die Glieder in der gewünschten Stellung einige Minuten fixirt werden). Das Bewusstsein ist bedeutend gestört, und es besteht Anästhesie der Muskeln, sodass die Kranken, da sie kein Ermüdungsgefühl haben, auch sich nicht bemühen, die unbequeme Stellung zu ändern. Die Augen sind weit geöffnet und fixiren einen Punkt im Raum, der Körper zeigt absolute Unbeweglichkeit, die cutane Empfindlichkeit ist vollkommen aufgehoben. Wie die Lethargie mit einem hallucinatorischen Delir, so kann die Katalepsie mit Ekstase und statt mit Aufhebung der intellectuellen Thätigkeit mit Steigerung und grosser innerer Lebhaftigkeit complicirt sein. Für die Vorstellungen während des ekstatischen Zustandes („unaussprechliche Genüsse, göttliche Visionen und Vereinigungen mit Engeln") findet nachher Erinnerung statt. Die Dauer des Zustandes wechselt von einigen Minuten oder Stunden bis zu mehreren Tagen.

Nach vielfachen Versuchen von Charcot kann man durch Schliessen der Augen den kataleptischen Zustand in den lethargischen verwandeln, und in der Lethargie durch Oeffnen derselben Katalepsie hervorrufen (Duchenne, Losègne cit. v. Strümpell). In analoger Weise kann man dadurch, dass man die Schläfen einer Lethargischen reibt, einen Zustand des Somnambulismus hervorrufen, in welchem die Kranke in einem halbbewussten Zustande automatisch Fragen beantwortet, umhergeht und gegebene Befehle befolgt.

Bei der Katalepsie findet auch das merkwürdige Phänomen der Suggestion statt. Wenn man nämlich der Kranken die für bestimmte Vorstellungen charakteristischen körperlichen Stellungen giebt, z. B. Falten der Hände beim Gebet, seitliches Ausbreiten der Arme bei Kreuzigung, so erzeugt man in ihr die entsprechenden Hallucinationen, welche sich in dem mimischen Gesichtsausdruck deutlich wiederspiegeln.

Bekannt ist auch nach den Versuchen der Franzosen, dass die Lethargie und Katalepsie ebenso wie der Somnambulismus durch Hypnose hervorgerufen werden können. Doch gehen derartige Erscheinungen über den Rahmen einer Psychiatrie hinaus.

B. Psychische Störungen.

I. Hysterischer Charakter.

§. 491.

Darunter verstehe ich nicht analog dem epileptischen Charakter einen moralischen Defect, hervorgerufen durch psychisch-degenerative Processe, sondern die Summe der Erscheinungsweisen einer hysterischen

Gemüthsverfassung. Göthe hat sie treffend mit den Worten geschildert: „Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt." Das labile Gleichgewicht, die gesteigerte Reflexerregbarkeit und die abgeschwächte Willensenergie, das fortwährende Schwanken zwischen Vornahme und Ausführung, die Inconsequenz im Handeln, geben ein deutliches Bild eines hysterischen Charakters. Jedoch können bei der tiefen Willensstörung unwiderstehliche Impulse zu unverständigen Handlungen führen, die indessen nicht den gefährlichen Charakter der Epileptiker zeigen, sondern mehr albern und läppisch sind und sich z. B. in Klettern auf Bäume, Sichverstecken etc. äussern. Dabei besteht eine grosse Reactionsfähigkeit des Körpers auf psychische Eindrücke. Jede Gemüthsbewegung erschüttert den widerstandslosen Organismus und ruft an irgend einer Stelle reelle, krankhafte, neuralgische und vasomotorische Erscheinungen hervor, ja selbst nur der peinigende Gedanke, dass etwas derartiges eintreten kann, vermag die schweren hysterischen Erscheinungen bis zu Convulsionen und Lähmungen zu erzeugen. Umgekehrt wirkt körperliches Unwohlsein und Missbehagen deprimirend auf das Gemüth zurück. Diese wechselnde Abhängigkeit der Psyche von dem für jeden Eindruck übermässig leicht empfänglichen Körper erzeugt eine krankhafte Launenhaftigkeit; auf Grund der reizbaren Schwäche kommt es zu keiner soliden, consequenten und concinnen Denkungsweise, immer nur Affect und wieder Affect. Unter den über die Wangen rieselnden Thränen blickt schon wieder das vergnügte Gesicht hervor, um im nächsten Augenblicke wieder die Mundwinkel nach unten zu ziehen. Der Umschlag der Stimmung von Freude zu Trauer, von Scherz zu Ernst, von Komik zum Pathos ist bisweilen ganz überraschend. Die erhabensten Gefühle in gewählter Sprache werden ohne Uebergang abgelöst von den anstössigsten Aeusserungen im niedrigsten Argot.

Ebenso wie die Gemüthsverfassung abspringend und wechselnd sich darstellt, findet sich auch im Denkvorgange der Ablauf der Vorstellungen, die Perception, Apperception und Association, bald beschleunigt, bald verlangsamt, analog der augenblicklich herrschenden Gemüthsverfassung. Diesem oft augenblicklich erfolgenden Wechsel entspricht auch das Benehmen gegen die Umgebung, die eben noch mit schmeichelnder Güte gehätschelt, kurz darauf als boshafte Feinde, Betrüger heftig geschmäht wird. Damit verbindet sich ein eigenthümlicher Hang zum Widerspruch: das kurz vorher noch mit Verlangen begehrte, ausgesuchte Essen wird zurückgewiesen und dafür ein paar Eier oder ein Stück Schwarzbrot mit gewöhnlichem Käse gierig verzehrt. Die Ansprüche der Kranken steigern sich bis zu vollendetem Egoismus und vollständiger Vernachlässigung der ihnen obliegenden Pflichten. Nur ihre eigene Person, die ostentativ unter den übertriebenen, schrecklichen Leiden duldet, muss

der Gegenstand unablässiger Fürsorge sein, und um sich interessant zu machen, scheuen sie sich nicht, heftige Schmerzen zu erheucheln oder auch zu verheimlichen. Dieselbe Neigung bringt es in selteneren Fällen auch zu einer moralischen Verirrung, in der die Kranken eine förmliche Lust an zwecklosem Lügen und boshaftem Verleumden vermeintlich vorgezogener Personen zeigen. Die Geschlechtssphäre zeigt, wie jede Willensäusserung, beträchtliche Intensitätsschwankungen: bei dem einen Individuum besteht erhöhtes Geschlechtsbedürfniss, demselben wird sogar rücksichtslos wegen der Schwäche der Hemmungsvorstellungen gefröhnt, andere Hysteriker dagegen sind von vornherein psychisch impotent, sogar theilweise mit einem Zug ins Perverse behaftet.

Bei der ziemlich leichten Erregbarkeit der Phantasie kann es sogar zu vereinzelten Sinnesdelirien, welche stets einen unangenehmen Inhalt haben (Gespenster, Todtenköpfe etc.), und zu vollständiger, augenblicklicher Verwirrtheit kommen. Ich kannte eine Dame mit exquisit ausgeprägter hysterischer Geistesverfassung, welche mir gegenüber einmal äusserte, dass sie oft die ihr genugsam bekannte Umgebung vollständig verkenne, die ihr genau vertraute Wärterin erschiene ihr wie eine fremde, vornehme Dame mit ausgesuchter Toilette, der Garten, in dem sie täglich promenirte, käme ihr in den Park eines Schlosses verwandelt vor etc.

Diese Steigerung der Phantasiethätigkeit führt andererseits zur Allegorisirung der sensiblen Empfindungen, besonders auf visceralem Gebiet und kann so weit gehen, dass die Kranken an einem bei Anderen beobachteten oder anfänglich nur erdichteten Leiden alsbald wirklich erkranken.

Wenn nun nach ihrer ganzen Eigenthümlichkeit die Hysterie vorzugsweise eine Krankheit des weiblichen Geschlechtes ist, so kommt sie doch auch nicht selten beim männlichen vor. Indessen zeigt sie hier einige charakteristische Abweichungen, indem Stimmung, Charakter und Symptome nicht so jäh uud unmotivirt umschlagen und wechseln, sondern mehr ein constantes Bild darstellen, und die Hysterie nach Aetiologie und Complicationen eine nähere Verwandtschaft mit der Neurasthenie erkennen lässt; doch fehlt fast niemals der charakteristische Globus hystericus. Auf einer solchen hysterischen Grundlage können sich unter den geeigneten Umständen hysterische Irreseinszustände entwickeln.

2. Das hysterische Irresein.

§. 492.

Dem mannigfachen Wechsel der hysterischen Erscheinungsformen entsprechend, kann das hysterische Irresein in den verschiedensten Graden der nervösen Störung von einem Lachkrampf unter Thränen oder einer

einfachen Erregung mit läppischen, boshaften Streichen bis zu schwerer Depression mit tiefer Lethargie und Koma oder dem heftigsten, erregten Toben mit Somnambulismus und ekstatisch-hallucinatorischem Delirium auftreten. Hieraus ergiebt sich aber zugleich, dass ein eigentliches Irresein nur mit den schwereren Formen der Hysterie und der Hystero-Epilepsie sich verbindet, und zwar meist derartig, dass mit der hysterischen Attaque und Paraplegie ein Stadium der Aufregung oder Depression abwechselt. In den meisten Fällen hat das Irresein den Charakter der Paraphrenia alternans, sodass vor oder nach den Anfällen maniakalische und melancholische Zustände abwechseln, oder die Form des periodischen Irreseins, indem, an den Vorgang der Menstruation sich anschliessend, regelmässig mehr oder minder heftige Erregungszustände auftreten. Ausserdem kann aber auch Hysterie, welche zu schon bestehenden Psychosen hinzukommt, dieselben verschlimmern, steigern und ihnen durch massenhafte Verwerthung der hysterischen Sensationen (Globus, Clavus, Myodynieen, Neuralgieen, Paralgieen, Spinal-Irritation) eine charakteristische Färbung verleihen, in welcher Wahnideen von Verfolgung und Marterung durch elektromagnetische Maschinen oder von geschlechtlichem Missbrauch die allgemeine Grundlage abgeben. Deshalb ist man berechtigt von einer hysterischen Dysthymie, Hyperthymie oder Paranoia zu sprechen. Bei jenen ersten beiden giebt die Hysterie die psychopathische Prädisposition, während die Paranoia schon in der Veranlagung vorbereitet ist, und zu ihr dieHysterie complicirend hinzutritt.

Was die aetiologischen Momente des hysterischen Irreseins anbetrifft, so fallen diese, auch wenn die Delirien etc. ohne unmittelbaren Zusammenhang mit Convulsionen stehen, mit den Ursachen derselben zusammen. Infolge dessen hat das hysterische Irresein den Charakter einer Erschöpfungspsychose. Es entwickelt sich sehr häufig im Anschluss an profuse Menstruation, im Puerperium und besonders im Klimakterium. Auch Gemüthsbewegungen oft nur geringen Grades genügen, um hysterische Erscheinungen selbst schweren Grades hervorzurufen (Consensualpsychosen).

Die Prädisposition bildet meist eine einfache, nicht constitutionell begründete, sondern wahrscheinlich erworbene hysterische Neurose.

A. Hysterische Depressionszustände, Dysthymie.

§. 493.

Dysthymische Erscheinungen treten hauptsächlich vor den hysterischen Anfällen als Prodromal-Erscheinungen in der Ausdehnung von einigen (sechs bis zwölf) Stunden bis zu acht Tagen Dauer auf. Es

machen sich auffallende reizbare Verstimmung, Perversitäten der Empfindung und schliesslich bei verstärktem Herzklopfen leichte Angstzustände geltend, welche, je näher dem Ausbruche des Anfalls, sich desto mehr verstärken und auch nach demselben in den freieren Intervallen nicht ganz verschwinden. Der Zustand entwickelt sich gewöhnlich so, dass die Kranke sich verändert, müde und schwach in allen Gliedern und unfähig zu anhaltender Arbeit fühlt; sie vernachlässigt ihre gewohnte Beschäftigung und Zerstreuung; oder aber sie wird unruhig, vermag nicht, auf einem Platze zu bleiben, und irrt zwecklos, von schreckhafter Angst benommen umher. Peinigende Erinnerungen aus der Vergangenheit, das drückende Gefühl der Leiden der Gegenwart erregen sie, und bei der zunehmenden Tiefe der Verstimmung bilden sich förmliche Wahnideen aus, in denen unbedeutende äussere Umstände ganz besondere Wichtigkeit gewinnen. Nachlässig im Aeusseren und in der Kleidung, mit fixem oder je nach der Hallucination wechselndem Blick und Gesichtsausdruck hängt die Kranke in endlosen Betrachtungen ihren traurigen Gedanken nach. So kann es z. B. zur Ausbildung förmlichen Versündigungswahns kommen. Die von Richer in Beobachtung 17 beschriebene Patientin glaubt, die Ursache alles Unheils zu sein, welches in der Welt existirt; weil sie alle möglichen Fehler hat, ist sie von Gott verlassen und dem Satan übergeben. — Aber die Anfangs depressive Form schlägt dann bisweilen ganz unmotivirt in die erregte um. Die Kranke singt, erzählt, hält Monologe in riesig schnellem Tempo, mit laut schreiender Stimme; Andere werden toll, ausgelassen, lachen ungescheut, singen laut und schreiend. Nach einer solchen beträchtlichen Aufregung, welche bisweilen Wochen lang nach dem Anfalle andauert, kann es wieder zu tiefer Traurigkeit und Depression kommen: die Kranke will nicht mehr sprechen, verstummt, verweigert jegliche Nahrung, macht wiederholt Selbstmordversuche.

In ähnlicher Form ist die traurige Gemüthsverstimmung als Folgeerscheinung nach dem Anfall in verschieden langer, von Stunden bis Wochen dauernder Ausdehnung beobachtet worden.

Nach Schüle ist die hysterische Dysthymie durch folgende charakteristisch hervortretende Züge ausgezeichnet: 1) starkes Prävaliren des neuralgischen Elements, Präcordialangst, maasslose Klagen; 2) unvermittelt impulsive Raptus melancholici, oft jäher Umschlag in ruhigere Stimmung; 3) Lach- und Weinkrämpfe, Globussensationen, Ischurie; 4) Auftreten von (Reflex-) Hallucinationen; 5) polymorpher Wechsel verschiedener psychischer Zustandsformen, fragmentar und mit jähen Uebergängen; 6) die depressive Stimmung ist nicht consequent, oft besteht grosses Interesse für Vergnügungen; 7) Erhaltung der Züge des hysterischen Temperamentes; 8) Neigung zu Zwangsvorstellungen (bes. obscönen

und blasphemischen Inhalts). Manchmal treten auch Zwangsbewegungen mit krampfhaft hervorgestossenen Worten, bei wachem Bewusstsein auf.

B. Hysterische Exaltationszustände. Hyperthymie.

§. 494.

Einfache Erregungszustände sind vor, gleichzeitig mit und nach den specifischen Anfällen zu beobachten. 1) Treten sie in der Form von Prodromen vor dem Anfall auf, so haben sie mehr den Charakter einfacher allgemeiner Erregung. Die Kranken sind unruhig, argwöhnisch, reizbar, vertragen nicht die geringste Zurechtweisung und Bemerkung, sodass die Autoritätspersonen ihren Einfluss verlieren. Im Anschlusse an Aerger oder eifersüchtige Aufregung kommt es zu Zornesausbrüchen und Schimpfparoxysmen; ungestüme Aeusserungen der Liebe und des Hasses und heftige Streitsucht wechseln mit eigensinnigem Mutismus. Die innere Unruhe offenbart sich in heftigem Bewegungsdrang aller Glieder; die Kranken vermögen nicht, auf einem Platze zu bleiben, zerreissen, zerbrechen Alles, was sie mit den Händen erreichen, unter lautem Geschrei. Aber alle diese Entäusserungen tragen nicht den gefährlichen Charakter der epileptischen Zwangshandlungen an sich, in denen rücksichtslos gegen die eigene und fremde Personen gewüthet wird, sondern sind nur Zeichen eines unbezwinglichen Thätigkeitsdranges. Infolge des Verlustes der Selbstbeherrschung und der Zügellosigkeit der ungeregelten sexuellen Leidenschaft geht das Gefühl für geschlechtlichen Anstand vollständig verloren.

2) Im Anschlusse an die Anfälle kann ebenfalls die Erregung über eine Steigerung des Bewegungsdranges, Lebhaftigkeit der Gesten und des Mienenspiels nicht hinausgehen. Die Kranken, besonders junge Mädchen schreien, singen ohne Unterlass, schimpfen, schlagen ihre Umgebung, verüben extravagante und läppische, aber immer noch zusammenhängende Handlungen, bisweilen kann es zu Wuthausbrüchen, nymphomanischer Erregung und Tentamen suicidii kommen.

Diese hyperthymischen Erregungszustände verlaufen theils periodisch als Hyperthymia menstrualis, theils unregelmässig als Aequivalent (s. unten §. 496) hysterischer Krampfanfälle. Schüle hebt als charakteristische Züge für die hysterische Hyperthymie folgende hervor: das stete Fehlen des melancholischen Prodromalstadiums, den subacuten Verlauf, die grosse Labilität der Stimmung, erotisch-religiöse Wahnideen. Die Ideenflucht tritt besonders hervor und erfolgt in abrupten Einfällen; ferner zeigen sich zahlreiche Hallucinationen ohne stetige Färbung, flüchtige Stimmung oder Disputirsucht und grillenhafter

Eigensinn, schwankende Bewusstseinshelle, regellose, willkürliche und unwillkürliche motorische Aeusserungen, Globus, Pica, vasomotorische Rashs. —

Der Verlauf ist protrahirt, oft treten Recidive ein.

C. Hysterische Hallucinose.

§. 495.

Bei den schwereren hallucinatorischen Formen treten vorzugsweise in der dritten und vierten Periode (von Charcot als „période des attitudes passionnelles und période du délire“ bezeichnet), doch auch schon in der zweiten Periode („période épileptoide, période des grands mouvements“) sehr häufig massenhafte und wechselnde Hallucinationen auf; jedoch verläuft die hallucinatorische Verwirrtheit stets ohne schwere somatische Erscheinungen, es findet kein Kräfteverfall, keine Beschleunigung des Pulses, keine Erhöhung der Temperatur statt, und sie ist nur von kurzer Dauer. Ganz gewöhnlich sind die Hallucinationen des Gesichts; dieselben bestehen in Erscheinungen von schwarzen Katzen, grauen oder buntfarbigen Ratten, Spinnen, Krähen, Schlangen oder fabelhaften Thieren. Diese Visionen stehen nicht still, sondern bewegen sich in einer bestimmten Richtung, nach einem festen, allgemein gültigen Gesetz, in ständiger Beziehung zu dem Sitz der Anästhesie, wie von Charcot (Progrès médical 1878 Jan. Nr. 3 cit. von Richer) zuerst festgestellt ist.

Besonders charakteristisch erscheint das Verhalten der Kranken in der dritten Periode, welche Charcot als die der leidenschaftlichen Stellungen oder plastischen Posen bezeichnet. Der Ausdruck des Gesichts und die Körperstellungen geben jedes Gefühl treu wieder, welches die Hallucination, in der die eigene Persönlichkeit die Hauptrolle spielt, an die Hand giebt. Die Kranke handelt so, als ob der Traum Wirklichkeit wäre, und an dem physiognomischen Ausdruck und den ausgesprochenen Worten kann man leicht allen Wandlungen des sich abspielenden Dramas folgen; die subjective Hallucination wird durch diese Uebertragung gewissermaassen objectiv. Die Hallucinationen finden sich stets in den Sinnesorganen der anästhetischen Körperhälfte, und die Bewegungen der Erscheinungen gehen stets von der Seite, auf welcher sich die Hemianästhesie etablirt hat, aus und auf die andere, empfindende Seite des Körpers hinüber, oder „le plus souvent, le fantôme passe aux côtés de la malade, il vient de derrière elle pour s'évannouir en avant, et cela toujours du côté insensible.“ Die Erscheinungen haben verschiedene Farben, auch wurden funkelnde Sterne, glänzende oder in bunten Far-

ben schillernde Kugeln von den Hallucinanten beobachtet. Fast ebenso häufig finden sich Gehörstäuschungen, entweder himmlische, tröstende Stimmen und aufmunternde Rufe vertrauter Personen oder Sausen, Wagenrollen, Glockenläuten, Trompetensignale, Vogelgesang.

Diese Hallucinationen, welche am hellen Tage, ungestört durch die Gesellschaft der anderen Kranken auftreten, bekommen während der Nacht einen intensiveren, beängstigenden Charakter. So z. B. sieht die Kranke in der Ecke einen grossen, schwarzen, haarigen Mann, mit magerem, bleichem Gesicht, der sie mit seinen rollenden, schwarzen Augen beständig drohend ansieht, oder sie durchlebt Scenen von gelesenen Romanen, das Leichenbegängniss eines Papstes mit endlosem Gefolge rothgekleideter Cardinäle und Priester.

Sehr häufig macht sich ein Einfluss von Sensationen in der Genitalsphäre geltend und giebt den Hallucinationen einen ausgesprochenen erotischen Charakter, der von manchen Autoren als für die Hysterie specifisch angesehen wird. Die sensiblen sexualen Anomalieen werden im Sinne der Schwangerschaft, des beglückenden Beischlafs mit dem Geliebten oder mit göttlichen Personen oder auch im Sinne von Attentaten auf die Geschlechtsehre gedeutet. Baillarger erwähnt eine Dame, welche länger als 10 Jahre in einer Heilanstalt war und häufig sich beklagte, dass ein junger Arzt sie während der Nacht missbrauchte; bei Tage klagte sie, sie hätte sich wohl zwanzig Mal gegen unzüchtige Angriffe zu wehren, welche man gegen sie durch geheime Mittel aus weiter Entfernung ausführte. Eine grosse Anzahl von Kranken glauben, wenn sie Morgens erwachen, steif und fest an die Wirklichkeit der Illusionen, deren Spielball sie in der Nacht gewesen sind, und das umso mehr, als die Kranken nachher sich im höchsten Grade ermüdet, erschöpft, abgeschlagen und vollständig kraftlos fühlen, wie auch ihre Züge bleich und ihre Augen schwarz umrändert erscheinen. Einige sehen stets dieselben Personen, Andere empfangen den nächtlichen Besuch verschiedener Individuen. In dem einen Falle genügte es, dass während des Tages eine Person der Kranken unangenehm aufgefallen war, damit dieselbe Nachts erschien und sie mit ihren Zudringlichkeiten belästigte und ihre Liebkosungen zu ertragen zwang. Diese Hallucinationen kommen auch ohne Zusammenhang mit den Anfällen, doch alsdann in geringerer Intensität vor. Bourneville und Regnard haben im zweiten Bande der „Iconographie der Salpêtrière" eine ganze Reihe dieser imaginären Liebesaffären mitgetheilt.

In anderen Fällen hat das Delirium eine religiöse oder dämonomanische Färbung und kann, wie es durch Convulsionen eingeleitet, so auch durch dieselben unterbrochen werden. Die Kranke hält dann lange Predigten in erhobenem, höchst pathetischem Tone, in denen sie ihre

Umgebung zur Busse und Frömmigkeit ermahnt, oder sie beweint ihre Sündhaftigkeit und Verworfenheit, bittet Gott um Verzeihung und Gnade. Sie sieht sich das eine Mal im Himmel von weissen, leuchtenden Engeln umgeben, umrauscht von himmlischen Harmonieen, das andere Mal von Dämonen mit grinsenden, fratzenhaften Gesichtern und drohenden Mienen umringt. In einer Reihe anderer Fälle werden im Delirium grässliche Gefahren und Aufregungen, welche die Kranken früher wirklich durchgemacht haben, noch einmal durchlebt. Charcot (l. c. p. 112) führt einen Mann an, welcher im Anschluss an einen Unfall und heftigen Schreck an schweren hystero-epileptischen Erscheinungen erkrankte. Der Betreffende war eines Tages damit beschäftigt, ein Fass Wein an einem Strick in einen Keller herabzulassen, als der Strick riss und das Fass über die Treppe rollte; es hätte ihn unfehlbar erdrückt, wenn er nicht so weit zurückgesprungen wäre, dass er nur gestreift wurde und an der linken Hand eine Verletzung davontrug. Während der Anfälle lebte nun der Patient diese Scene immer von Neuem und mit steigender Beängstigung durch, indem ganze Berge von Fässern auf ihn herandrängten und ihn zu erdrücken und begraben drohten. Indessen wechselte auch die Scene bisweilen: der Patient sah sich in einem dichten, finsteren Walde und glaubte sich von einer Zahl beutelustiger Räuber oder grässlicher, drohender Ungethüme verfolgt; aber niemals erklärte der Kranke, heitere oder freundliche Hallucinationen gehabt zu haben.

Das Delirium der dritten Periode besteht meist aus Gedächtnisshallucinationen über alle Ereignisse aus dem früheren Leben der Kranken. Es ist von depressiver Färbung. Die Kranke erzählt ihre ganze Lebensgeschichte und begleitet sie mit Wehklagen, die bisweilen eine wahrhaft ergreifende Wahrheit an sich tragen.

Krankengeschichte 3. Wahn der Besitznahme und Vervielfachung der Persönlichkeit bei einem Kinde, von kurzer Dauer (Kerner, Geschichten Besessener Stuttgart 1834 p. 104). „Margarethe B., 11 Jahre alt, von etwas heftiger Gemüthsart, aber ein christliches, frommes Kind, wurde den 19. Januar 1829, ohne vorher unwohl gewesen zu sein, von krampfhaften Zufällen ergriffen, die sich mit wenigen und kurzen Unterbrechungen 2 Tage lang wiederholten. Solange die Krampfanfälle dauerten, war das Kind nicht bei Bewusstsein, verdrehte die Augen, machte Grimassen und allerlei sonderbare Bewegungen mit den Armen, und von Montag, den 21. Januar, an liess sich wiederholt eine tiefe Bassstimme vernehmen mit den Worten: „Für dich betet man recht!“ Sobald das Mädchen wieder zu sich kam, war sie müde und erschöpft, wusste aber von allem Vorgefallenen Nichts und sagte nur, sie habe geträumt. Am 22. Januar Abends fing eine andere, von der obigen Bassstimme sich deutlich unterscheidende Stimme an, sich hören zu lassen. Diese Stimme redete fast unaufhörlich, so lange die Krisis dauerte, d. h. halbe, ganze und auch mehrere Stunden, und wurde nur zuweilen von jener Bassstimme, die ihr voriges Recitativ standhaft wiederholte, unterbrochen. Augenscheinlich wollte diese Stimme eine von der Persönlichkeit des Mädchens verschiedene Persönlichkeit darstellen und unterschied sich auch von demselben aufs Genaueste, sich dasselbe objectivirend und in der dritten Person

von ihr redend. In den Aeusserungen dieser Stimme war durchaus nicht die mindeste Verwirrtheit und Verrücktheit zu bemerken, sondern ganz strenge Consequenz, die alle Fragen folgerecht beantwortete oder mit Schalkheit von sich wies. Was aber diesen Aeusserungen ihr Unterscheidendes gab, war der moralische oder vielmehr unmoralische Charakter derselben: Stolz, Arroganz, Spott, Hass gegen die Wahrheit, gegen Gott und Christus thaten sich in derselben kund. — „Ich bin der Sohn Gottes, der Welt Heiland, mich müsst ihr anbeten," hörte man jene Stimme zuerst sagen und nachher oft wiederholen. Spott über alles Heilige, Lästerung gegen Gott und Christus und gegen die Bibel, heftiger Unwille gegen Alle, welche das Gute lieben, die abscheulichsten Flüche, tausendfach wiederholtes, grimmiges Wüthen und Toben beim Anblick eines Betenden oder auch nur bei gefalteten Händen — das Alles konnte man als Symptome einer fremden Einwirkung betrachten, wenn auch jene Stimme nicht selbst, wie es wirklich geschah, den Namen des Redenden verrathen hätte, sich einen Teufel nennend. Sobald dieser Dämon sich hören liess, veränderten sich auch die Gesichtszüge des Mädchens sogleich höchst auffallend, und es trat jedes Mal ein wahrhaft dämonischer Blick ein, von dem man in der Messiade, auf dem Bilde, wo der Teufel Jesus einen Stein bietet, eine Idee bekommt.

Am 26. Januar, Mittags 11 Uhr, zu derselben Stunde, welche das Mädchen in wachem Zustande, nach ihrer Behauptung von einem Engel belehrt, schon vor einigen Tagen als ihre Erlösungsstunde angekündigt hatte, erfolgte das Aufhören dieser Zufälle. Das Letzte, was gehört wurde, war eine Stimme aus dem Munde des Mädchens: „Fahre aus, Du unsauberer Geist, aus diesem Kinde! Weisst Du nicht, dass dieses Kind mein Liebstes ist?" Dann erwachte sie zum Bewusstsein. Am 31. Januar stellte sich derselbe Zustand mit denselben Symptomen wieder ein. Doch kamen nach und nach mehrere neue Stimmen hinzu, bis die Zahl dieser, von einander theils im Ton, theils in der Sprache, theils nach dem Inhalt augenscheinlich verschiedenen Stimmen auf sechs gestiegen war, von denen sich jede als die Stimme eines besonderen Individuums geltend machte, und auch als solche von jener vorher so oft gehörten Stimme angekündigt wurde. Die Heftigkeit des Tobens, Fluchens, Lästerns, Scheltens u. s. w. erreichte in dieser Periode der Krankheit den höchsten Grad, und die Zwischenzeiten des Bewusstseins, in welchen übrigens das Mädchen durchaus keine Erinnerung an die Vorfälle im Paroxysmus hatte, sondern still und fromm betete und las, wurden seltener und kürzer. Der 9. Februar, der ebenfalls schon am 31. Januar als Befreiungstag bezeichnet wurde, machte auch diesem Jammer ein Ende, und ähnlich dem ersten Male, liessen sich den 9. Februar, Mittags 11 Uhr, nachdem jene Stimme wiederholt ihren Abschied angekündigt hatte, aus dem Munde des Mädchens die Worte hören: „Fahre aus, Du unsauberer Geist! das ist ein Zeichen der letzten Zeit!" Das Mädchen erwachte und ist seither gesund geblieben."

3. Psychische Zustände als Aequivalente für den hysterischen Anfall.

§. 496.

Es kommt nicht selten vor, dass trotz deutlicher Prodrome der hysterische Anfall nicht in der Form der tonischen und klonischen Krämpfe eintritt, sondern durch einen mehr oder weniger charakteristisch gefärbten Zustand der Erregung ersetzt wird. Diese kann als hyperthymische, heiter ausgelassene Stimmung auftreten, mit Neigung zu läppischen Streichen, schnippischem, albernem Gebahren, in dem z. B. Thierstimmen nachgeahmt werden. Als hysterisch charakterisirt sich dieser

Zustand dadurch, dass nach Beendigung des Anfalls die Erinnerung für die Vorgänge während seiner Dauer fehlt, und dann meist der charakteristisch hysterische Umschlag in ein stilles, gedrücktes Wesen eintritt (Kräpelin l. c. p. 396). In anderen Fällen tritt vollständiges Delirium an Stelle der convulsiven Attaquen, welche entweder in anderen Anfällen, oder in solchen einer früheren Krankheitsepoche auftraten oder ganz fehlen. Richer (l. c. p. 237) führt eine Kranke an, welche in diesen Anfällen sich wie eine wahre Furie benahm „poussant des cris, interpellant effrontément tous ceux qui s'approchaient d'elle et leur tenant des propos d'une crudité révoltante et qui contrastait étrangement avec ses manières et les habitudes réservées dont elle ne se départait jamais dans l'intervalle de ses attaques."

Von dieser Stellvertretung des Delirs für die convulsiven Formen führt Richer (l. c. p. 238) drei von Moreau beobachtete charakteristische Fälle an. In dem ersten wechselten regelmässig hysterisch-nervöse Störungen leichterer Art, wie Zuschnüren der Kehle, leichte Erstickungsanfälle etc. mit ausgesprochenem, hallucinatorischem Delirium. Bei der zweiten Kranken trat 5 Jahre nach Ablauf einer convulsiblen Krise ein hysterisches Delirium auf. In dem letzten Falle hatte die Patientin schon in früher Kindheit (mit 4 Jahren), wenn auch keine eigentlichen Convulsionen, so doch hysterische Agitationen mit Zusammenbeissen der Zähne und Fixirung des Blicks gehabt, und analoge Zustände in der Dauer von 2 Monaten hatten sich im 18. Jahr nach Schreck bei einer Feuersbrunst und mit dem 20. Jahr nach einer erregten Auseinandersetzung mit ihrer Tante wiederholt. Endlich nach einem angeblich während einer Eisenbahnfahrt an ihr verübten Nothzuchtsattentat, verfiel sie nach einem Vorstadium von halb bewusster, halb unbewusster Melancholie in einen Zustand ziemlich lebhafter manischer Erregung.

Bei längerer Dauer kann, wie bei diesem letzten Falle, in dem Bilde der hysterischen Erscheinungen ein vollständiger Wechsel eintreten, sodass die convulsiblen Erscheinungen immer mehr an Intensität verlieren und den Charakter von Prodromalsymptomen annehmen für das heftige Delirium, welches nunmehr den eigentlichen hysterischen Anfall darstellt. Dies zeigt z. B. die von Richer (l. c. p. 233) aus Moreau (Traité pratique de la folie névropathique, Paris 1869, pag. 42) mitgetheilte Beobachtung:

Krankengeschichte 4. „Adèle X. reçut à l'âge de vingt et un ans au bras droit une blessure fort grave qui donna lieu à une perte de sang extrêmement abondante. Vers la fin de la convalescence très longue, des accidents nerveux se manifestèrent et ne tirent que s'aggraver. La sensibilité générale était exaltée au point, que le plus léger bruit suffisait pour faire naître de violentes convulsions, des syncopes et parfois des immobilités cataleptiques. Il s'y joignit des vomissements

réitérés, incoërcibles qui plongèrent la malade dans un état de faiblesse alarmant. Du reste pas le plus léger trouble intellectuel, pas d'hallucinations.

Environ cinq mois après l'accident mademoiselle est atteinte d'une fièvre typhoïde peu grave pendant le cours de laquelle les troubles nerveux semblèrent s'amender et disparurent tout à fait pour faire place à une vive exaltation d'esprit, s'accompagnant de cris, de pleurs, d'emportements sans motifs, d'accès de violence, de tentatives de suicide.

Un mois environ s'était écoulé, lorsque le calme se rétablit presque tout à coup. La malade devint triste, mélancolique, ne voulant parler à personne, refusant tout espèce de nourriture et parlant souvent de mourir. Donc pendant deux ans environ mademoiselle X. passa ainsi alternativement de l'exaltation à l'abattement. L'affection hystérique, tout en ayant perdu considérablement de sa gravité, réapparaît néanmoins de temps à autre sous la forme de spasmes de l'oesophage, d'anxiétés précordiales et même de légers mouvements convulsifs des membres. Ces accidents ne se montrent guère qu'un peu avant la période d'agitation, ils en sont comme les signes avant-coureurs, et par leur degré d'intensité on peut, jusqu'à un certain point, prévoir la violence du délire qui leur succédera."

4. Bewusstseins- und Erinnerungsstörungen.

§. 497.

Eine besondere Beachtung verdient das Verhalten des Bewusstseins und der Erinnerung bei den Erscheinungen der Hysterie; es ist während der von den Franzosen geschilderten 4 Perioden der grossen Hysterie ein sehr verschiedenes.

In der ersten Periode, der sogenannten epileptischen, ist der Verlust des Bewusstseins ein vollständiger nur bei den schweren epileptischen Krämpfen der grossen Hysterie. Bei den weniger intensiven Convulsionen des „petit-mal," wo die Bewegungen von Schmerzen regirt sind, ist das Bewusstsein erhalten. In der zweiten Epoche (der grossen Bewegungen) ist es schwierig, den Zustand des Bewusstseins in exacter Weise festzustellen. Die Art, in der die Kranke sich abarbeitet, kämpft, beisst und zerreist, scheint darauf hinzudeuten, dass sie die Kenntniss der Aussenwelt nicht ganz verloren hat. Jedenfalls hallucinirt die Kranke in dieser Periode, denn wenn die Convulsionen durch Compression des Ovariums unterbrochen werden, so antworten die Kranken auf die Frage, was sie machten: Sie flüchteten sich vor einer drohenden Persönlichkeit; oder wie von einem schweren Alpdrücken befreit, antworten sie nach langem Zögern, als wenn sie etwas zu verheimlichen hätten, wie die von Richer (l. c. p. 88) angeführte Patientin erklärte: Sie befände sich auf einem hohen Berge und stürzte in einen Abgrund, oder sie wäre der Gegenstand der Verfolgung eines hässlichen Kerls.

Soweit man diesen Erzählungen trauen darf, scheint es festzustehen, dass der Bewusstseinsverlust kein vollständiger ist, und meist peinliche, ängstigende Hallucinationen bestehen; aber diese haben keinen Einfluss auf

die äussere Haltung der Kranken wie in der 3. Periode, sodass Charcot die 2. Periode die der unlogischen Stellungen, die 3. die der leidenschaftlichen Stellungen genannt hat. Wenn nach dieser die Kranke erwacht, so hat sie für alles Vergangene treu das Gedächtniss bewahrt, und ihre Erzählung steht in allen Punkten in Uebereinstimmung mit den Beobachtungen der verschiedenen Stadien in den Hallucinationen. Indessen, wie der schon oben erwähnte Fall von Charcot (l. c. p. 210) zeigt, kann dies bei längerer Dauer sich ändern, indem nur in der ersten Zeit die Kranke des Inhaltes ihres Delirs sich erinnert, später aber dies nicht mehr der Fall ist. Das Bewusstsein kehrt nur theilweise zurück, und die Kranke macht noch eine delirante Periode mit verschiedenartigen Hallucinationen und Bewegungsstörungen durch, in der die Erscheinungen allmählich abklingen.

Das Bewusstsein ist nicht klar, das Sensorium nicht ganz frei, sondern es etablirt sich eine Art Dämmerzustand (s. d. folg. §.).

5. Zustände von Halbbewusstsein. Dämmerzustände des Bewusstseins. Somnambulismus.

§. 498.

Die vierte Periode geht allmählich in einen Dämmerzustand des Bewusstseins über. Die intellectuellen Fähigkeiten leiden nur in Ausnahmefällen und vorübergehend vollständigen Schiffbruch. Mögen die Kranken in ihren Gedanken noch so weit fort erscheinen, mögen sie noch so excentrisch und extravagant sich bewegen, mögen ihre Worte zeigen, dass sie noch so tief von Hallucinationen befangen sind, die erste Frage, welche man an sie richtet, bringt sie zu sich. Sie erklären: Sie wüssten Nichts von dem, was sie sagten, und was sie zu sehen und zu hören glaubten, wäre nur Einbildung, nicht Wirklichkeit. Sobald man die Kranken sich selbst überlässt, fallen sie in ihren früheren Zustand zurück, werden vollständig wieder der Spielball ihrer Illusionen und verkennen die Wirklichkeit. Jede Vorhaltung ist unnütz, sie hören nicht die Stimme der Vernunft, und keine noch so gut begründeten Einwendungen vermögen das Herumschweifen ihrer Gedanken zu hemmen. Die Kranken sehen und hören in diesem Zustande wirklich, was um sie vorgeht, aber sie deuten es illusionenhaft um und bringen es mit den sie beherrschenden Hallucinationen in Verbindung. So geben sie den sinnlichen Wahrnehmungen andere Beziehungen, den Personen der Umgebung andere Namen.

Krankengeschichte 5. (Richer l. c. p. 98). Ein Obersecundaner von 18 Jahren, mit wenig freiem Blick, vorspringenden Backenknochen und mit in die Höhe gezogenen Mundwinkeln, sodass er das typische Gesicht eines Satyrs bot, hatte während der grossen Ferien schon zu Hause sich stark geschlechtlichen Ausschweifungen hinge-

geben und auf der Rückreise so eng sich an eine Chansonnette angeschlossen, dass er mit ihr 3 Wochen lang zusammen lebte und mit Gewalt von seiner Familie auf das Pariser Gymnasium zurückgeführt werden musste. Hier traten nach einem melancholischen Vorstadium von 5 tägiger Dauer, während dessen er sich von Spiel und Gesellschaft zurückzog, wiederholt, Tag für Tag, in Dauer von 10 Minuten bis zu einer halben Stunde epileptiforme Anfälle mit plötzlichem Zusammensturz, ohne Bewusstsein, mit vollständiger Paralyse aller Muskeln und mit vollständiger Anästhesie auf, die auch in der Zwischenzeit andauerte. In den folgenden Tagen steigerten sich die Anfälle und häuften sich bis 5 pro Tag. Der Patient beklagte sich öfters: Er habe ein Gefühl, als schnüre man ihm die Kehle zusammen — und er drückte seinen Kehlkopf zwischen Daumen und Zeigefinger, um den Druck zu demonstriren. Nach einem etwas längeren Anfall, welcher sich bis zu 3/4 Stunden Länge ausdehnte, erhob sich Patient wie gewöhnlich und ging mit grossen Schritten im Zimmer umher, indem er fragte: „Ob sie käme, warum sie noch nicht angekommen wäre, da das Concert beendet wäre.“

Er hatte keine exacte Vorstellung von der äusseren Welt, er glaubte sich noch fern in dem Café, in welchem er so oft gewesen, und die Personen, die um ihn waren, seinen Vater, seine Freunde und den Arzt hielt er für den Wirth, die Kellner und Stammgäste des Locals; vergebens versuchte man ihm die Situation klar zu machen; er antwortete darauf mit ganz plausiblen Gründen: Wir wären dumm, er wäre nicht in Paris, sondern in V. im Café Antonia.

Dieses Delirium, welches 3 Tage dauerte, war von häufigen Anfällen unterbrochen, der Kranke warf sich hin und her, bewegte ziellos Arme und Beine, oder richtete sich im Bette auf und stürzte sich mit ausgebreiteten Armen einem phantastischen Ziele entgegen. Bei dem Versuch des Druckes auf den Hoden verdoppelten sich die grossen Bewegungen, und zweimal bildete der Kranke den „arc en cercle.“

Nach einer Erholungsreise, infolge deren die Anfälle sich vermindert hatten, zeigte sich in der Heimath ein neues hysterisches Symptom, indem der Patient förmliche Anfälle von Somnambulismus bekam: bei Tage und bei Nacht steht er aus dem Bette auf, geht im Zimmer umher und glaubt, in einer idealen Welt zu sein; bald ist er im Gymnasium und spricht mit seinen Schulkameraden, bald befindet er sich auf dem Boulevard und trifft Bekannte beiderlei Geschlechts. Während dieser Zustände gelingt es weder, ihn anzusprechen, noch in's Bett zu bringen; er hört nicht, leistet Widerstand und macht sich frei. Nach einer halben Stunde kehrt das Bewusstsein zurück, und er fragt lachend, was er so lange gemacht habe.

In einem anderen Falle (Richer, l. c. p. 488) von Dämmerzustand glaubte sich ein junges Mädchen von 15 Jahren noch in ihrer Stellung als Kindermädchen: sie wartete die Kinder ihrer Herrschaft und rief sie bei Namen. Wenn man nun ihr harsch und laut zurief, es sei Zeit aufzustehen, sprang sie aus dem Bett mit ängstlich aufgerissenen Augen, als ob sie die Zeit verschlafen hätte.

Andere Male etablirt sich ein ausgebildetes Nachtwandeln mit weniger harmlosen Aeusserungen; die Individuen stehen Nachts aus dem Bette auf, gehen in den Zimmern umher, zerstören, was ihnen unter die Hände kommt, stehlen oder legen Feuer an, ohne nach dem Erwachen davon Erinnerung zu haben (Kraepelin l. c. p. 395).

Wie diese Dämmerzustände des Bewusstseins sich an hystero-epileptische Anfälle anschliessen, so kommen sie auch ohne dieselben, ja sogar als vollständige Aequivalente vor (cf. das Aequivalent Samt's im Cap. Epilepsie). Sie treten in sehr verschiedener Ausdehnung auf.

V. Verlauf und Ausgänge der Hysterie.

§. 499.

Die schwersten Formen der Hysterie, welche im Ganzen nicht häufig vorkommen, haben einen mannigfach wechselnden Verlauf. Selten treten die 4 Perioden ganz rein und in regelmässiger Ordnung auf. Bald ist die Reihenfolge gestört, und es tritt z. B. gleich nach den Prodromalerscheinungen das Delirium auf und wird von den Convulsionen unterbrochen oder abgeschlossen, bald fehlt eine Periode gänzlich, und auf ihre Kosten dehnt sich eine oder die andere Periode länger aus. Andere Male drängen sich in den Verlauf, in buntem Wechsel nach Zeit und Auftreten, lethargische, kataleptische, komatöse, somnambule Erscheinungen ein; oder es zeigen sich unmittelbar oder in längerer Frist nach den Krämpfen hysterische Lähmungen oder Contracturen; schliesslich können die verschiedenen Combinationen durch mehr oder minder ausgedehnte Dämmerzustände des Bewusstseins oder auch lucide Phasen zu unregelmässig wiederkehrenden Perioden gesondert werden.

In einer zweiten Reihe von Fällen erscheinen auf dem Boden des hysterischen Charakters oder in völliger Gesundheit aus Veranlassung eines Trauma oder psychischen Affects (Aerger, Angst, Schreck) hysterische Krämpfe, Lähmungen, Contracturen, Sensibilitätsstörungen mit psychischen Alterationen, Hallucinationen und Umnebelung des Bewusstseins. Die einzelnen Symptome können manchmal Wochen und Monate hartnäckig andauern, vielleicht ohne äussere Veranlassung verschwinden oder anderen Symptomen Platz machen. Die Erscheinungen können im Verlaufe an Intensität verlieren, verschlimmern sich aber leicht auf psychische Erschütterungen und auf die Alterationen der vitalen Functionen bei der Menstruation.

Die Dauer der Krankheit ist eine sehr verschiedene. Die acuten Formen halten im Ganzen kürzere Zeit an und kommen ebenso, wie die bei gesunden und jüngeren Individuen nach einer einzelnen Ursache auftretenden hysterischen Erscheinungen, in kurzer Zeit zur Heilung. Die chronischen Formen zeigen eine erheblichere Höhe der gemüthlichen und körperlichen Labilität und können, da diese überhaupt nicht zu beseitigen ist, Jahrzehnte andauern. Mit zunehmendem Alter verblasst die grelle Farbe der specifisch hysterischen Formen, welche auch ganz verschwinden können. Doch ist bei einer noch so langen, von specifischen Symptomen freien Frist die Befürchtung von Recidiven nicht ausgeschlossen, da eben die hysterische Verfassung auf anererbter neuropathischer Disposition beruht.

Die ohne ausgesprochen hysterische Erscheinungen auftretenden hysterischen Psychosen verlaufen und enden nach Schüle (l. c. p. 245f.) 1) als sehr chronische, excessive Steigerung der hysterischen Launenhaftigkeit, Sucht nach barockem, demonstrativem Gebahren auf der Grundlage des Egoismus. 2) als vager Verfolgungswahn, wechselnd und ohne System, oft erotisch auf Grundlage einer schwankenden, meist gereizten Stimmung, chronisch leicht recidivirend. In ungünstigen Fällen geht die Persönlichkeit in psychischer Schwäche unter. 3) als acuter, „abortiver“ Wahnsinn mit plötzlichen Zwangsgedanken, oder als ein protrahirter Irreseinszustand mit plötzlichen Zwangsempfindungen und Impulsen, oder als Eifersuchtswahn, stürmische Libido, Furoranfälle gegen den Ehemann, Zerstörungswuth. Plötzlich tritt Rückkehr zur Beherrschung ein, sobald ein gebietendes Wort gesprochen wird, oder eine autoritäre Person eintritt. Der Zustand kann sich mildern oder in psychische Schwäche übergehen. 4) als katatonische Psychose (dämonomanischer oder hallucinatorischer Stupor). Der Beginn ist ein allmählicher mit vager, depressiver Stimmung, oder ein hypochondrisches Stadium mit zeitweiligen hysterischen Anfällen, centralen Gemeingefühlsstörungen, oder eine hallucinatorische Verwirrung mit Giftfurcht. Alle Formen springen jäh in einander um, bis schliesslich Nahrungsverweigerung, Mutacismus und Attonität heranrückt, oft mit klonischen und tonischen Zuckungen. Der Stupor löst sich, indem Mutacismus mit dämmerhaften Acten, Lucidität, Aufgehen in Minuten-Antrieben und -Stimmungen wechselt. Der Uebergang in Genesung ist oft sehr rasch, Recidive sind nicht selten. Bei ungünstigem Verlauf bildet sich a) chronische Stupidität, b) chronischer expansiver Wahnsinn durch ein Uebergangsstadium von Blödsinn mit hülfloser Rathlosigkeit und conträrer Negation aus. 5) als chronischer, unheilbarer Hysterismus mit Degeneration: a) als chronisch degenerativer, hysterischer Wahnsinn auf hereditärer Basis. Das Geschlechtsleben ist früh entwickelt, von Jugend auf bestehen hysterische Charakterzüge. Die Entwicklung der Krankheit ist entweder acut (Aufregungen, Schlaflosigkeit, brüsker Wechsel manischer, melancholischer und lucider Phasen) oder allmählich durch Ausbildung eines periodischen Typus mit Krisen in der Akme (Zwangsgedanken, -Impulsen) und mit Intervallen, die Anfangs noch leidlich lucid sind. Das Bewusstsein ist auffallend hell mit Ausnahme in der Akme. b) als primäre hysterische Dementia mit Degeneration; sie stellt eine chronische Stupidität dar mit Dämmerzustand und Hallucinationen, oder einen „wachen Zerfall“ mit gemüthlicher Indolenz und sittlicher Apathie. Der hysterische Charakter bleibt erhalten in der Form von polymorphem Stimmungswechsel mit sittlicher Degeneration, Zwangsgedanken, hysterischen Tics und Krämpfen.

VI. Vorkommen und Prognose der Hysterie.

§. 500.

Die Hysterie kommt bei beiden Geschlechtern vor, weit häufiger beim weiblichen; und zwar wird zumeist das jugendliche Alter betroffen, am häufigsten das dritte Jahrzehnt, dann das zweite Jahrzehnt; an dritter Stelle steht das Alter vom ersten bis zehnten Lebensjahr. Hysterieen unter den Kindern nehmen an Häufigkeit zu.

Die Prognose der Hysterie kann nicht allgemein gestellt werden, sondern richtet sich jedes Mal nach dem gegebenen Falle (Ursache und Entwicklung der Krankheit, Dauer und Art ihres Verlaufs, hereditäre Verhältnisse, Lebensalter).

VII. Diagnose.

§. 501.

Man wird die Diagnose des hysterischen Irreseins vorzüglich auf die früheren Charakter-Eigenthümlichkeiten, auf das Mitbestehen oder Vorausgegangensein von Globus, Weinkrämpfen, Meteorismus, ausgebildeten Krampfanfällen, stellenweisen Anästhesieen und Hyperästhesieen, paralytischen Erscheinungen gründen. Wir finden sehr häufig bei diesen Individuen ausgesprochene erbliche Disposition zu Nervenkrankheiten, chlorotische Erscheinungen, Menstruationsanomalieen (die aber oft ohne alle Besserung der Hysterie wieder verschwinden), und — für Prognose und Therapie äusserst wichtige — Localkrankheiten der Genitalien. Der Einfluss der sexuellen Nichtbefriedigung ist für einzelne Fälle zuzugeben, wird aber im Allgemeinen sehr überschätzt, wie das Vorkommen der Hysterie bei Mädchen vor der Pubertät, ihre grössere Häufigkeit bei Verheiratheten, der oft so schlimme Erfolg der Ehe, der Schwangerschaft und des Wochenbetts, die grosse Frequenz des Leidens bei öffentlichen Mädchen zeigt.

Die hysterischen Anfälle unterscheiden sich von den Krämpfen der Chorea durch ihre Remissionen; die Kranke kann Monate lang von den Convulsionen befreit sein. Ferner zeigt sich bei Chorea auch nicht einmal theilweise Bewusstlosigkeit. Kommen beide Krankheiten in einer Person combinirt vor, d. h. wird eine hysterische Person von Chorea befallen, so ist die Typicität eines solchen choreatischen Anfalles bemerkenswerth.

Zu Zeiten ist es sehr schwierig, zwischen Anfällen von Hysterie und solchen von Epilepsie zu unterscheiden, um so schwieriger, wenn die Epilepsie hysterische Individuen befällt. Gewöhnlich jedoch giebt es manche kennzeichnenden Unterscheidungsmerkmale zwischen beiden Krankheiten, wie aus folgender Tabelle erhellt.

Tabelle (cf. Da Costa, Ed. 1883, p. 112).

Epilepsie.	Hysterie.
Plötzlich eintretende und vollständige Bewusstlosigkeit;	Allmähliche und nur theilweise oder nicht wirkliche Bewusstlosigkeit;
Gesicht livide, Schaum vor dem Munde;	Gesicht roth oder Gesichtsfarbe unverändert, kein Schaum vor dem Munde;
Augenlider halb offen; Augäpfel rollend. Zähneknirschen, Beissen der Zunge, mehr oder weniger Unempfindlichkeit der Pupillen gegen Licht;	Augenlider geschlossen, Augäpfel starr, weder Zähneknirschen noch Beissen der Zunge, Pupillen reagiren normal;
Verzerrung des Gesichts;	Gesicht ruhig;
Der Kranke zeigt keine Empfindung;	Die Kranke gähnt, lacht oder schluchzt;
Aura epileptica;	Globus hystericus;
Convulsionen oft auf einer Seite stärker als auf der anderen und mehr tonisch als klonisch;	Kein grosser Unterschied, Convulsionen klonisch;
Anfall gewöhnlich von kurzer Dauer;	Anfall währt gewöhnlich längere Zeit;
Dem Anfall folgen tiefer, halb komatöser Schlaf, Kopfschmerz und Stumpfheit des Geistes;	Der Anfall ruft nicht immer Schlaf hervor. Die Kranke ist oft nach Beendigung des Paroxysmus wach und niedergedrückter Stimmung;
Findet oft während der Nacht statt;	Tritt selten Nachts auf;
Keine besondere Verbindung mit Gebärmutterleiden, obgleich sich oft ein Anfall während der Periode zeigt.	Oft mit Gebärmutterleiden oder mit Störungen in der Menstruation verbunden.

Schwieriger ist die Differential-Diagnose zwischen Hysterie und der von Charcot als Hystero-Epilepsie bezeichneten Neurose. Die Convulsionen sind bei beiden die gleichen; doch während bei der Epilepsie sich an dieselben ein tiefer Schlaf mit Schnarchen anschliesst, schluchzt die Hystero-Epileptische, gesticulirt heftig, delirirt und hat allerhand Hallucinationen. Andere unterscheidende Merkmale sind folgende: In den Fällen von Hystero-Epilepsie, in welchen die Aura vom Ovarium aufsteigt, kann häufig durch einen Druck auf dasselbe der Anfall coupirt werden, während dies bei Epilepsie nie möglich ist. Eine recht erhebliche Temperatur-Erhöhung, welche bei Epilepsie dann, wenn die An-

fälle rasch hinter einander folgen, vorkommt, wird bei Hystero-Epilepsie nicht beobachtet. Hier steigt die Temperatur kaum jemals über die normale. Endlich vermisst man bei Hystero-Epilepsie Schwindelgefühl, und abortive Anfälle kommen bei derselben kaum vor.

Um die hysterischen Pseudokrankheiten von den wirklichen, durch organische Veränderungen bedingten zu unterscheiden, muss man das Alter und Geschlecht der Kranken in Betracht ziehen und darauf achten, ob der Schmerz durch Druck beeinflusst wird etc.; ferner sind besonders wichtig anamnestische Angaben, ob früher schon hysterische Anfälle vorgekommen, ob die Menses regelmässig verlaufen sind etc. Andererseits kann ein wirklich organisches Leiden bei einer hysterischen Person auftreten, welches dann durch die Symptome der Hysterie verdeckt, gesteigert und complicirt wird. Bei diesen Fällen muss man sich hüten, in den entgegengesetzten Fehler zu verfallen, eine wirklich vorhandene Krankheit für ein Phantom zu halten. Ferner können bei gewissen Hirnleiden hysterische Symptome hervorstechen. Da Costa hat dies wiederholt bei Gehirnembolie beobachtet, und Brown-Séquard und Séguin (Archives of Electrology and Neurology) haben ihr häufiges Auftreten bei Läsionen der rechten Hemisphäre gezeigt.

Verwechslung von Hysterie und Coxitis gehört zu den landläufigsten diagnostischen Fehlern. Sehr häufig beobachtet man eine hysterische Coxalgie bei Soldaten: ich selbst entsinne mich eines solchen höchst prägnanten Falles, welcher als Simulation angesehen wurde.

Ein anderer, sehr charakteristischer Fall wird von Z. Glorieux angeführt (ref. Sperling, Neur. Centralbl. 1889, No. 2):

Krankengeschichte 6. „Soldat, 24 Jahre alt, erbliche Anlage wahrscheinlich, von ruhigem, sanftem Charakter; besondere auf den Organismus einwirkende Schädlichkeiten (Onanie, Alkoholismus u. s. w.) ausgeschlossen. Patient erwirbt die Krankheit nach dreiwöchentlichem Liegen im Bett infolge einer Gesichtsanschwellung.

1. Lage im Bett: Das kranke linke Bein erscheint verkürzt durch eine starre, objectiv wahrnehmbare Contractur der Hüftmuskeln und nach innen rotirt, sodass der innere Fussrand auf der Matratze aufliegt.

2. Stellung: Wenn Patient steht, so stützt er sich mit der rechten Hand auf den Stock, während die ganze linke Körperseite in die Höhe gezogen ist, sodass der kranke Fuss nur mit der Fussspitze den Boden berührt.

3. Motilität: Active und passive Bewegung des Beins, theils wegen der Muskelcontracturen, theils wegen der Schmerzhaftigkeit, fast unmöglich.

4. Sensibilität: Subjectiv im Beginn der Krankheit Gefühl des schmerzhaften „Ziehens“ und „Eingeschlafenseins“, welches nach kurzer Dauer im rechten Bein auf das linke übersprang. Anästhesie gegen Tast-, Schmerz- und Temperaturgefühl; gürtelartige Abgrenzung nach oben. Eine eigentliche Hyperästhesie ist nicht zu constatiren gewesen, doch hütet sich der Kranke, sein krankes Bein zu stossen.

5. Reflexe: Hautreflexe aufgehoben, Sehnenreflexe normal.

6. Höhere Sinne: Geschmacksstörung. Gesichtsfeldbeschränkung: Gehör und Geruch normal.

7. Vasomotorische und trophische Erscheinungen: Das kranke Bein hat in der Temperatur eine Differenz um $^{5}/_{10}$—$^{8}/_{10}$ Grad; subjectiv wird dasselbe als „kalt" und „todt" gefühlt. Starke vasomotorische Reflexe. Blasenpflaster wirken auf die Haut des kranken Beins nicht.

8. Allgemeine Symptome: Congenitale Atrophie des linken Hodens. Allgemeine Herabsetzung der Sensibilität und des Muskelsinns am ganzen Körper. Durch Umschnürung eines Gliedes wird eine künstliche Contractur der betreffenden Muskeln herbeigeführt; dasselbe erreicht man auch durch Streichen derselben.

9. Nach dem Erwachen des Patienten aus einer Chloroformnarkose fand sich die Sensibilität in dem kranken Bein auf kurze Zeit wiederhergestellt, um nach Verlauf einiger Secunden der früheren Anästhesie Platz zu machen. Die Muskelrigidität hatte sich in der Narkose gelegt, alle Gelenke waren frei."

Bei genauer Berücksichtigung aller Symptome wird man Irrthümer vermeiden. Die Differential-Diagnose zwischen der Angina pectoris und der hysterischen Pseudoangina, welche beiden Zustände häufig zu Verwechslungen Anlass geben, gründet sich hauptsächlich auf folgende Punkte: „Die wahre Angina pectoris tritt im Alter der Arteriosklerose auf, am häufigsten nach dem 40. Lebensjahre; sie ist häufiger bei dem männlichen Geschlecht, da die Gelegenheitsursachen zu arteriellen Erkrankungen beim Manne häufiger sich finden (Alkoholismus, Syphilis, Bleiintoxikation, Tabakabusus, Ueberanstrengung). Die Anfälle werden fast stets durch eine Anstrengung ausgelöst, sei es durch Marschiren gegen den Wind, durch zu schnelles Gehen oder Treppensteigen etc.; spontane Anfälle sind, obgleich sie auch vorkommen, doch relativ selten. Der Schmerz ist substernal, dauert 2—15 Minuten und hat den Charakter der Compression. Der Kranke verhält sich während des Anfalles absolut unbeweglich und ruhig.

Die Pseudoangina kommt dagegen in jedem Lebensalter vor; sie ist häufiger bei der Frau als beim Manne. Die Anfälle treten spontan auf während der Ruhe, während der Conversation und zuweilen unter dem Einfluss einer leichten Erregung; sie sind periodisch, erscheinen häufig zur Nachtzeit und zu derselben Stunde und wiederholen sich zuweilen 40 bis 50 mal am Tage. In den Fällen, in welchen die Pseudoangina das erste Symptom einer bis dahin latenten Hysterie bildet, ist sie gewöhnlich mit anderen hysterischen Symptomen, mit Hemianästhesie, Hyperästhesie der Ovarien etc. vergesellschaftet. Häufig geht den Anfällen ein Gefühl von Kälte, von peripherischer Erstarrung voraus, zuweilen auch eine abdominelle Aura, eine Ohnmacht, ein allgemeiner Frostanfall, Tremor der Glieder oder plötzliche Aphonie. Oft sind die Anfälle von respiratorischen Störungen, von Dyspnoe, Suffocation, beschleunigter Respiration etc. begleitet; sie endigen meist mit Weinkrämpfen, mit abundanter Urinentleerung, unter Ructus, Ohnmacht, auch unter Contracturen. Tritt ein solcher Anfall wirklich einmal ohne sonstige nervöse Symptome auf, so ist für die Diagnose die schon er-

wähnte Spontaneïtät derselben maassgebend. Häufig ist die vasomotorische Form der Anfälle, in anderen Fällen tritt die neuralgische mehr in den Vordergrund, auch zeigt sich oft eine Mischform beider. Der Schmerz hat den Charakter der Distention des Herzens („das Herz ist zu gross"), seine Dauer ist länger als bei der wahren Angina, bis zu ein und zwei Stunden. Die Kranken sind während der Anfälle in fortwährender Agitation; sie schreien, werfen sich umher, wollen sterben etc. Die Affection ist im Gegensatze zu der wahren Angina eine gutartige" (Huchard l. c. ref. Holtermann, Centralbl. f. Nervhlk. 1889, No. 24).

VIII. Therapie.[1])

§. 502.

Die Aetiologie der Hysterie ergiebt, dass es für sie eine erfolgreiche Prophylaxis in einer aufmerksamen Erziehung giebt.

In der Therapie der Hysterie hat neben den pharmako-dynamischen Heilmitteln die psychische Behandlung grosse Bedeutung; welcher von den Heilarten der Vorzug zu geben ist, richtet sich nach dem einzelnen Falle. Wer die Hysterie nur als eine eingebildete, affectirte oder simulirte Krankheit betrachtet, wird dieselbe niemals heilen. Es bleibt zu berücksichtigen, dass die Cardinalsymptome Störungen der Phantasie, Anomalieen der Affecte, Instincte und psychischen Reflexe sind.

Dem therapeutischen Verfahren hat eine gründliche Untersuchung nach den bekannten neurologischen Methoden voranzugehen. In Fällen, wo ausschliesslich die psychischen Reflexsymptome dominiren, müssen wir auf die psychische, dort, wo dieselben mehr zurücktreten, auf die pharmako-dynamische Behandlung grösseres Gewicht legen. Meistens ist die gemeinsame Anwendung beider Factoren die richtige Methode; denn die alltägliche Erfahrung beweist zur Genüge, dass es kaum eine Hysterische giebt, bei welcher die Steigerung der psychischen Reflexerregbarkeit nicht vorhanden wäre.

A. Pharmako-dynamische Heilagentia.

Von den folgenden Heilmitteln haben wir nach der minutiösesten Individualisirung des Kranken das Zutreffende zu wählen. Jede schablonenmässige Behandlung ist verwerflich.

a) Brompräparate (Kal. bromatum, Natr. brom., Ammonium brom., Lithium brom., Zincum brom., Chinin. brom.) erscheinen dort geboten, wo die somatische und psychische Reflexerregbarkeit ge-

---

[1]) Cf. Laufenauer l. c.

steigert ist; sie sind nur so lange zu gebrauchen, bis dieselbe zur Norm gebracht ist.

b) Ergotin, Arsenik, Opium, Coffëin, Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Strychnin, Chinin und dessen Präparate, Zinkpräparate, Eisen und seine Präparate, Chloralhydrat, Paraldehyd, Amylenhydrat.

Bei der Feststellung der Indication dieser Medicamente ist zu untersuchen, ob die Psychoneurose eine erworbene oder hereditäre Constitutionsaffection ist; im ersten Falle ist die Wirkung mancher dieser Mittel radical, während sie im anderen Falle nur palliativ sein kann. Ergotin und dessen Präparate können dort erfolgreich angewendet werden, wo auf eine beständige oder temporäre Hyperämie, hervorgerufen durch den ungenügenden Tonus der ernährenden Blutgefässe des Nervensystems, Verdacht ist (einige Formen des nervösen Kopfschmerzes). Opium und seine Derivate sind bei manchen Formen der Hyperästhesie als Schmerz stillend, als Hypnotica empfehlenswerth; ihr Nachtheil ist aber, dass sich der Organismus an sie sehr leicht gewöhnt und sie bald nicht mehr entbehren kann. Bei manchen Psychoneurosen jedoch ist die Anwendung dieser Präparate nicht zu empfehlen, da nach ihrem Gebrauche die verschiedentlichsten Irritationssymptome ausgelöst werden. Wenn anfänglich schwere Krampfanfälle durch Anwendung der Narkotica, Morphium, Sulfonal, Chloral erfolgreich bekämpft werden, ist es auffallend, dass sie später dadurch nur zeitlich verschoben werden.

Eines wohlverdienten Rufes erfreuen sich die Arsenpräparate und die arsenhaltigen Mineralwässer. Ihre Wirkung ist aber eine langsame, sie sind daher andauernd anzuwenden; doch tritt leicht Gewöhnung an sie ein. In Fällen erworbener Asthenie ist mit den Eisen- und Chinin-Präparaten eine vorzügliche Wirkung zu erreichen, wenn die Kranken nicht infolge ihrer besonderen Disposition eine Idiosynkrasie für Eisenpräparate haben. Das Ferrum pyrophosphoricum cum Ammon. nitrico, Ferrum citricum und die Pfeuffer'schen Hämoglobinpastillen erzielen bei der auf anämischer Grundlage entstandenen Hysterie nach länger andauerndem Gebrauche manchmal überraschende Resultate.

Als Roborans und Tonicum hat das Chinin grosse Wirkung. Die Zinkpräparate kommen bei convulsiven Zuständen als Sedativa in Anwendung.

c) Antihysterika: Asa foetida, Valeriana, Castoreum, Aqua laurocerasi. Von diesen benutzt Laufenauer hauptsächlich das letztere in kleinen Dosen, in manchen Fällen seiner beruhigenden, in anderen seiner erregenden Wirkung wegen; doch sind auch die beiden ersten in gewissen Fällen von Erfolg.

B. Die äusserlich anzuwendenden Heilmethoden.

1. Der galvanische Strom ist als Sedativum anzuwenden. Bei seinem Gebrauch verschwinden öfters die irritirenden Neuralgieen. Empfehlenswerth ist die centrale Galvanisation, um den Körper zu kräftigen und die quälenden Empfindungen zu beseitigen. Der faradische Strom ist von mehr erregender, tonisirender Wirkung und wird als allgemeine Faradisation (elektrisches Bad) oder local in denjenigen Fällen angewendet, in welchen die Hebung der nervösen Energie, des Muskeltonus bezweckt wird. Auch bei Fällen von Hautanästhesie und hysterischen Lähmungen sind mit dem faradischen Strom gute Resultate erreichbar. Auffallend ist der Umstand, dass die hysterogenen, schmerzhaften Punkte gerade bei Anwendung des faradischen Stromes am besten heilen.

2. Hydrotherapeutisch ist in frischen Fällen mehr das beruhigende, bei chronischen Formen mehr das reizende Heilverfahren anzuwenden: bei überreizten und geschwächten Kranken ist seine Anwendung zu widerrathen. Vermittelst Anspritzen von kaltem Wasser, kalter Uebergiessungen und Anwendung des faradischen Stromes vermag man anfänglich, selbst die schweren hysterischen Anfälle zu beseitigen oder sie und die Dämmerzustände in ihrer Dauer wesentlich abzukürzen: bei häufigeren Wiederholungen widerstehen sie den gewohnten Angriffen. Leichtere Anfälle (Singultus etc.) werden oft durch blosse Ermahnung beseitigt.

3. Hautreizungen. Bei entsprechenden Fällen von nervösen Kopfschmerzen, Schwindel, spinaler Irritation etc. liefern die Vesicantia (auch die Baunscheidt'sche Methode) gute Resultate. Ihre Wirkung ist zweierlei Art. Auf rein reflectorischem Wege erleiden manche abnorme Erscheinungen des centralen Nervensystems eine Correction; bei anderen Gelegenheiten ist ihre Wirkung mehr eine psychische, indem sie die concentrirte Aufmerksamkeit des Kranken völlig auf den Ort des Hautreizes richten und somit gewisse psychische Reflexwege versperren. Zu den Gegenreizen ist auch das gelinde Brennen zu reihen, sei es mit dem Paquelin'schen Apparat oder mit Höllenstein.

4. Die Massage eignet sich nur für wenige Fälle von Hysterie. Am günstigsten wirkt sie bei hysterischer Dysthymie und bei den durch Anämie herabgekommenen Kranken, bei denen es sich darum handelt, die Circulation anzuregen, Wärme zu erzeugen und die darniederliegende Verdauung und Defäcation durch Anregung der Peristaltik zu verbessern.

5. Bei nervöser Dyspepsie, Verdauungsstörung und Abmagerung ist die Weir-Mitchell-Kur zu empfehlen (cf. Schreiber und O. Binswanger, therapeut. Monatshefte). Der Erfolg derselben ist ver-

schieden. Mitunter stösst man bei der Durchführung der Kur auf mannigfache, oft unüberwindliche Schwierigkeiten, sodass man das durch die systematische Kur vorgeschriebene Programm dem jeweiligen Fall entsprechend modificiren, oder gar die Kur als undurchführbar aufgeben muss.

6. Die Diät muss vor Allem die schlechte Körperconstitution durch zweckmässige Ernährung, durch roborirende Kost verbessern. Die hysterische Kranke darf nicht hungern. Häufige Bewegung in frischer Luft und reichlicher Schlaf werden bald die gesunkenen Kräfte heben. Der bei Hysterischen so oft vorhandene Magenkatarrh kann vom Standpunkte der causalen Indication nicht an jenes diätetische Verfahren gebunden werden, welches bei torpiden Individuen mit dieser Magenaffection angewendet wird. Bei nervösem Magenkatarrh führt mehr das irritative Verfahren zum Ziel. Die asthenischen Kranken sind nicht an eine ausschliessliche Fleischdiät zu halten und vertragen auch, besonders die blutarmen und schlecht genährten Individuen, sehr gut den regelmässigen Gebrauch von alkoholhaltigen Getränken und erregenden Genussmitteln.

7. Ablenkung und Beschäftigung. Die Hysterischen hängen fortwährend ihren schmerzlichen Gedanken nach, fühlen sich in ihnen wohl und lassen ihr ganzes Thun davon beherrschen. Je mehr solche Kranke sich selbst überlassen sind, desto mehr ergeben sie sich ihrem unglücklichen Hinbrüten, desto geringer wird die Aussicht auf Genesung. Diese Kranken sind durch leichte Beschäftigung und durch Lectüre, welche die Aufmerksamkeit und das Urtheil, nicht die Phantasie anregt, von der Hingabe an ihren Schmerz möglichst abzulenken und in Verhältnisse zu bringen, in denen neue, wohlthuende Eindrücke die alten, düsteren Bilder nach und nach verscheuchen. Der moralische Einfluss des Arztes ist nicht zu unterschätzen; eine tüchtige Wärterin kann zur Genesung des Patienten viel beitragen; die Trennung von der Familie ist schon darum unerlässlich, weil dieselbe mit dem Kranken in der Regel nicht umzugehen versteht. Auch ist es bedeutungsvoll, dass der Kranke das Verweilen in dem ungewohnten Aufenthaltsorte unangenehm empfinde, und dadurch der Wunsch zur Rückkehr in die Familie, sobald die Krankheitssymptome geschwunden sind, verstärkt werde.

C. Die locale Behandlung

erfordert eine grosse Aufmerksamkeit. Wenn auch der alte Satz, dass die nervöse Asthenie immer auf reflectorischem Wege von den Erkrankungen anderer Organe bedingt sei, einer tieferen Kritik nicht mehr Stand hält, so stossen wir trotzdem bei genauer Krankenuntersuchung unzählige Male auf solche Abnormitäten, bei deren richtiger Behandlung auch die Symptome der Hysterie bedeutend abnehmen, ja sogar

der ganze Krankheitsprocess zur Heilung geführt wird. So treffen wir sehr oft Affectionen der Ovarien, des Uterus, des Magens, der Gedärme und der Leber, bei Männern die Excesse des Alkohols und der Onanie an. In zahlreichen Fällen kann die Affection der Genitalien zum Angriffspunkt für die Therapie gewählt werden. Doch ist bei der Untersuchung grosse Vorsicht zu empfehlen, da bei der grossen Schmerzempfindlichkeit sie häufig gar nicht geduldet wird, und Wiederholungen schädigend wirken. Grössere Operationen, wie Ovariotomieen haben meistens einen mehr psychischen als materiellen Erfolg.

Am sichersten beseitigt man die hysterischen Lähmungen durch Anleitung zur Uebung, die verlorene Willensherrschaft über das gelähmte Glied wiederzuerlangen. Mit consequenter Strenge sind bei Lähmung der Beine Steh- und Gehversuche, anfänglich mit starker Unterstützung vorzunehmen und methodisch zu wiederholen und zu erweitern. Dabei ist eine allgemeine Kräftigung der Körperconstitution durch reichliche Nahrung, Faradisation, kalte Abreibungen und Bäder anzubahnen. Gegen Stimmbandlähmungen unternehme man mit Energie angeordnete Sprechübungen; bisweilen wirkt der elektrische Strom durch Schmerzerregung heilsam.

Hysterische Contracturen bekämpft man durch Massage, energische passive Bewegungen und den faradischen Strom. Sind sie gehoben, so sichern methodische Muskelübungen und active Bewegungen vor Recidiven.

D. Psychische Therapie.

Zum Verständniss der Wirkung der psychischen Therapie müssen wir hervorheben, dass bei den Psychoneurosen meistens die niederen geistigen Functionen afficirt sind, und dass die grösste Gefahr seitens der aussergewöhnlichen Steigerung der psychischen Reflexerregbarkeit droht, durch welche krankhafte Zustände in den verschiedensten Organen hervorgerufen werden können. Wie diese organischen krankhaften Symptome auf psychischem Wege entstanden sind, so sind sie psychisch vollständig zu heben. Dieses Vorgehen nennen wir die suggestive Methode.

Der behandelnde Arzt übt die Suggestion auf den Kranken theils bewusst, theils unbewusst aus. Die unbewusste Suggestion wurzelt theilweise in der Person des Arztes, in seinem ganzen Wesen und seiner Erscheinung. Daher kommt es, dass mancher Arzt auf die Hysterische eine wahrhaft unwiderstehliche Anziehungskraft ausübt: sobald er zu sprechen beginnt, sobald er nur auf der Thürschwelle erscheint, fühlt die Patientin sich schon besser; seine Anordnungen werden mit der grössten Präcision vollzogen. Jedem Arzte kommt ein gewisser

Theil des suggestiven Elementes zu Gute, und falls er mit seiner Kranken zu keinem Ziele gelangt, trägt er selbst Schuld daran.

Die Wirkung der Suggestion zeigt sich entweder sofort oder nach Ablauf einer gewissen Zeit. Den Monate hindurch fastenden, anorektischen Kranken kann der geschickte Arzt zum Essen zwingen, wenn er ihm in schonenden, jedoch gemessenen Worten befiehlt, dass er essen müsse. Bei der in hysterischer Lähmung darniederliegenden Kranken gelingt die befehlende Suggestion nicht immer. Es kommt vor, dass Monate hindurch an das Bett gefesselte Kranke mit der Befehls-Suggestion auf die Beine gebracht werden; in den meisten Fällen aber vermag man, den Kranken nur successive an Gehen, Trinken, geistige Arbeit zu gewöhnen.

Ausser dem suggestiven Vorgehen ist einer der mächtigsten Factoren in der psychischen Therapie die Schulung, die Stählung und Stärkung der Willenskraft sowohl nach der hemmenden, wie nach der impulsiven Seite. Vor Allem aber muss die gesteigerte geistige Erregbarkeit gemässigt werden. Dazu ist es in erster Linie nothwendig, dass der Arzt als vertrauenswerthe Autorität die Sympathie der Kranken gewinnt. Die Klagen sollen mit Theilnahme, Verständniss und, bei noch so ausführlicher, lang gezogener Darstellung, ohne Zeichen der Ungeduld angehört werden; aber nicht jeden Tag in gleicher Weise. Bei wiederholten Versuchen der Kranken beachte man sie nicht, erkläre die Beschwerden für unbedeutend und spreche ihr nur summarisch tröstend und aufmunternd zu; giebt sie sich gänzlich ihren schmerzlichen Gefühlen hin, so ist eine ernstliche Vermahnung und das bestimmte Verbot zu klagen oft von bester Wirkung. Gegen schwankende Grillen und unverständige Wünsche ist unerbittliche Strenge wohl angebracht, wenn auch ein kleiner, erfüllbarer Wunsch gewährt werden kann. Die Handlungsweise des Arztes sei stets consequent, aber nicht schablonenhaft und starr. Jedes Verfahren, jeder complicirte Apparat, welcher geeignet ist, die Aufmerksamkeit der Kranken auf ihren Zustand zu lenken, ist zu vermeiden. Das Auftreten des Arztes sei einfach und natürlich.

Krankengeschichte 7. (Mathieu, Prog. méd. 1888, No. 30, ref. Laquer, Neur. Centrbl. 1889, Nr. 2). Combination von Neurasthenie und Hysterie. „Ein Eisenbahnschaffner, 37 Jahre alt, von kräftiger Constitution und blühendem Aussehen, ohne hereditäre Belastung, erkrankt an einem äusserst schmerzhaften Priapismus, welcher zwei Monate dauert. Nachdem dieser zur Heilung gebracht ist, tritt eine absolute Impotenz ein, welche den Kranken sehr deprimirt und schliesslich schwermüthig macht, sodass er sich mit Selbstmordgedanken trägt. Er wird, da er an hochgradigen Kopfschmerzen, allgemeinem Schwächegefühl, Kopfdruck u. s. w. leidet, nachlässig in seinem Geschäft und muss den Dienst verlassen. — Nach der Aufnahme des Patienten in die Anstalt constatirt man das Vorhandensein einer allgemeinen, sensiblen und sensoriellen

Hemianästhesie und einige hyperästhetische Punkte. Die Symptomengruppe der Neurasthenie setzt sich nach Mathieu aus dem Kopfschmerz, dem Kopfdruck (Gefühl von Eingespanntsein in einen schweren Helm), Verstimmung, Gedächtnissschwäche, Schwindelanfällen, Dyspepsia nervosa u. s. w. zusammen. Auch die, übrigens nur temporäre, Impotenz erklärte Charcot für ein neurasthenisches Symptom, da jede urinogenitale, diabetische oder spinale Erkrankung auszuschliessen war. Die Hysterie wurde aus den bekannten von Charcot oft beschriebenen Erscheinungen: Gesichtsfeldbeschränkung, Anästhesie des Pharynx u. s. w. geschlossen. Hysterische Attaquen fehlten."

8. Männliche Hysterie. Beispiel 1. (Schwarz, K. Ver. d. Aerzte zu Budapest, Sitz. 23. Februar 1889, ref. Neur. Centrbl. 1889, Nr. 7). „Ein 19jähriger Kaufmann leidet seit einiger Zeit an Anfällen, die meistens im rechten Arm beginnen und von da sich weiter verbreiten. Man konnte diesen Anfall auch auslösen, wenn man den Patienten auffordert, seinen Arm eine Zeit ausgestreckt zu halten. Der Kranke bekam zuerst einen tonischen Krampf in den Armmuskeln, bald trat Zittern ein, das Gesicht röthete sich und nahm einen sehr wilden Ausdruck an, die Faust ballte sich, der Körper neigte nach vorn — nach Allem das Bild des heftigsten Zornes. Auf einen einfachen Anruf: Genug! endete der Anfall, der Patient kam zu sich und wusste sich des Vorgefallenen nicht zu entsinnen. Ausser diesen Anfällen fanden sich bei dem Patienten keine weiteren hysterischen Symptome, auch war die Aetiologie des Leidens unbekannt. Solche Anfälle sind besonders in der französischen Litteratur unter dem Namen Chorée rhythmique ou systématique aufgezeichnet."

Beispiel 2. (Jendrássik, Neur. Centrlbl. 1889, Nr. 7). „Ein Schmiedelehrling erhielt von seinem Meister einen leichten Hieb auf den Kopf, und seit dieser Zeit hatte der Junge täglich Anfälle, in denen er dem Schmieden ähnliche Bewegungen machte. Eine strenge Mahnung als Suggestion half."

Beispiel 3. Männliche Hysterie verbunden mit epileptiformen Anfällen. (Codelupi: Sopra un caso di grande isterismo maschile; attacchi d'istero-epilessia cessati per suggestione. Riv. sper. di Fren. ecc. 1888, Nr. 13, ref. Sommer, Neurol. Centrbl. 1889, Nr. 2). „Ein 16jähriger junger Mensch, schwer belastet, mit langsamer Körper- und Geistesentwicklung, unthätig, jähzornig, völlig widerstandslos gegen Alkohol, Excedent in Masturbation und im Tabakrauchen. Infolge heftiger Gemüthsbewegungen zahlreiche und sich oft zu grösseren Serien häufende epileptiforme Anfälle. Bei der Aufnahme in die Irrenanstalt ergiebt sich linksseitige Hemianästhesie mit einer runden, den Nabel umgebenden und mit einer bandförmigen, von der linken Spina iliaca sup. bis zur Symphysis reichenden hyperästhetischen Zone; eine Abstumpfung der Sensibilität ist ausserdem auf der rechten Unterextremität bis zum Knie hinauf zu constatiren. Herabsetzung der Sehschärfe rechts, beiderseitige Einschränkung des Gesichtsfeldes, bedeutender links. Abnahme der Gehörschärfe links. Schmeckende Substanzen werden bald rechts, bald links ungenauer empfunden. Motilität und Reflexe normal. Psyche ziemlich normal, Mangel altruistischer Gefühle, hypochondrische, empfindsame und leicht reizbare Stimmung.

Die krampfartigen Anfälle brechen entweder spontan oder reflectorisch auf Druck auf die hyperästhetische Nabelgegend aus. Die spontanen Anfälle kommen fast ausschliesslich in Serien von 3—5 Attaquen mit ungefähr 10 Minuten Zwischenzeit und fast nur Morgens, nie des Nachts vor. Vor dem Anfalle prodromale Verstimmung und Reizbarkeit, dann schmerzhafte Aura aus der Nabelgegend aufsteigend mit rapid zunehmender Oppression und Constrictionsgefühl im Larynx und Verlust des Bewusstseins, ohne Schrei. Evidenter Pallor faciei. Im Anfall selbst Cyanose des Gesichts, epileptiforme Krämpfe, dann „clownartige" Bewegungen von lebhaftester Intensität, dann Opisthotonus, sodass Patient nur mit Kopf und Fersen aufliegt, alsdann 20—30

„Salutations", anscheinend grüssende Verbeugungen von grösster Schnelligkeit und solcher Intensität, dass Patient fast mit seinem Kopf die Zehen berührt, während die Unterextremitäten steif auf dem Bett liegen bleiben, und endlich nach einem nochmaligen kurzen Opisthotonus allmähliches Nachlassen der Krämpfe und Erwachen."

Beispiel 4. (Greidenberg: Zur Casuistik der männlichen Hysterie, Wratsch. 1888, Nr. 44, ref. Rosenbach, Neurol. Centrlbl. 1889, Nr. 2). „Ein junger Mann von 21 Jahren bot das Bild typischer Schüttellähmung, an welcher er seit $1^1/_2$ Jahren unmittelbar nach einem heftigen Schreck erkrankt war. Bei Untersuchung der Sensibilität wurde vollständiger Verlust der Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper, auch an den Schleimhäuten constatirt; ausserdem Verlust des Geruchssinnes, Herabsetzung des Geschmacks und linksseitige Schwäche des Gesichts und Gehörs. Intelligenz beschränkt, Gemüthsstimmung meistens deprimirt. Sonst war seitens des Nervensystems nichts Pathologisches zu bemerken. Die Krankheit verschlimmerte sich, als Patient sich zur Wehrpflicht melden sollte. Er galt stets für schwachsinnig und wurde seit seiner Kindheit als Hirt verwendet. Sein Vater ist Potator."

ZWEITES CAPITEL.

Die Neurasthenie.

Litteratur.

Arndt: Die Neurasthenie (Nervenschwäche). Wien u. Leipzig 1885, Urban u. Schwarzenberg. 264 Seiten. — Beard: Die Nervenschwäche (Neurasthenia). übers. u. bearb. von Neisser. 2. verm. Aufl. Leipzig 1883, Vogel. 174 Seiten. — Weir-Mitchell: Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie, übers. v. Klemperer. Berlin 1887. — v. Krafft-Ebing: Ueber Neurosen und Psychosen durch sexuelle Abstinenz. Jahrb. f. Psych. 1888, VIII. H. 1 u. 2. — Verga: Acrophobia. Congr. in Pavia. Sept. 1887. — idem: Le idee fisse impulsive (Zwangshandlungen). Il Manicomio IV. 3. Centralbl. für Nervenheilk., Psych. etc. 1889, Nr. 19. — Laufenauer: Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Centrbl. f. Nervenkrankh., Psych. etc. 1889, Nr. 12 u. 13. — Pelizaeus: Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie. Deutsche Med. Zeitung 1889, Nr. 28 u. 29. — Gnauck: Ueber das Verhalten von Neurosen nach gynäkolog. Operationen. Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 36. — Roscioli: Follia paralitiforme neurastenica. Il Manicomio mod. 1888. IV. p. 191, (ref. Neur. Centrbl. 1889, Nr. 3). — Schreiber: Zur Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie durch die Weir-Mitchell-Kur. Therap. Monatsh. 1888. — Playfair: Einige Bemerkungen zur Neurasthenie. British med. Journ. 1349. — Kraepelin: Das neurasthenische Irresein. Psych. p. 374—390. — Savage-Knecht: Neurasthenie. Die Geisteskrankh. p. 110—112. — Eichhorst: Neurasthenie. Handbuch 3. Bd. Krankheiten der Nerven etc. p. 514—518. — v. Krafft-Ebing: Das Irresein auf neurasthenischer Grundlage. Die asthenische Neuropsychose. Psych. p. 509—537.

I. Begriff und Arten der Neurasthenie.

§. 503.

Die Neurasthenie stellt ebenso wie die Hysterie einen allgemeinen Krankheitszustand, d. h. eine das ganze Nervensystem heimsuchende Neurose dar, und da psychische Störungen eine Hauptrolle spielen, so

kann sie füglich unter den Begriff der Neuropsychosen eingereiht werden. Wie alle aus blossen Functionsstörungen sich zusammensetzenden Krankheitsbilder ist sie ein Symptomencomplex krankhafter Zustände und Vorgänge. Das Wesen der Neurasthenie ist nach Arndt gesteigerte oder verminderte Erregbarkeit, Reizbarkeit, und damit Widerstandslosigkeit gegen äussere Einflüsse, also die „reizbare Schwäche“ (vgl. Buch 2, Capitel 2, §. 215a und b). v. Krafft-Ebing charakterisirt die Grunderscheinungen der Neurasthenie „als abnorm leichte Anspruchsfähigkeit und allzu schnelle Erschöpfbarkeit der Nervenfunction, als Ausdruck gestörter Ernährung des Centralnervensystems. Das abnorm leichte Zustandekommen von Irradiationen und Reflexen erklärt sich durch die ungenügende Hemmungsleistung der höheren Centren.“

Je nach dem bei der Entwicklung des Individuums dieser oder jener Theil des Nervensystems schwach oder widerstandslos geblieben ist, werden die krankhaften Erscheinungen der Neurasthenie einen specifischen Charakter tragen. Danach unterscheidet v. Krafft-Ebing nach dem Vorgange Bouchut's, welcher eine ganze Reihe von verschiedenen Nervosismen oder Neurasthenieen aufgestellt hat, eine cerebrale (Cerebralirritation des Verfassers, Cerebrasthenie-Beard's), spinale (Spinalirritation, Myelasthenie-Beard's), viscerale (cordis), gastrische und sexuelle Neurasthenie. Derselbe charakterisirt diese Formen nach Ursachen und Symptomen folgendermaassen (l. c. p. 513 f.):

Die cerebrale Neurasthenie entsteht leicht durch Hirnstrapazen aller Art. Es entwickelt sich unter häufigen Zwangsvorstellungen Gedächtnissschwäche, Mangel an Beherrschung des Geistes, endlich geistige Hemmung bis zur Unthätigkeit, Hemmung der Gefühle bis zur psychischen Anästhesie, selbst amnestischen Aphasie und Agraphie. Die Verstimmung ist reactiv, mit stark dysthymischen Begleiterscheinungen, selbst mit Suicidium und regelmässig mit krankhafter Furcht vor drohendem Irresein verbunden. Hierzu kommen Empfindlichkeit der Kopfhaut, des Zahnfleisches, Congestionen der Conjunctiva, Druck im Kopf, besonders im Ohr, und Störungen der Sinnesorgane, Durstmangel und krankhaftes Verlangen nach Narkoticis und Stimulantien (Beard l. c. p. 90).

Die spinale Neurasthenie ist meist Folge von körperlicher Ueberanstrengung, schweren Krankheiten, Puerperien, sexuellen Excessen, Gemüthsbewegungen. Die Kranken ermatten rasch, fühlen bei geringer körperlicher Anstrengung sich abgeschlagen; sie bekommen dabei Palpitationen, Schweissausbruch, Beklemmung und Angstgefühle. Das Einschlafen wird durch Aufschrecken gestört. Die Muskeln werden von localen Krämpfen befallen und sind schwer und steif, ähnlich dem Rheumatismus, sodass sie von Willensreizen nur schwer angesprochen werden. Das sexuale Vermögen ist in mannigfachen Formen geschwächt.

Die trockene Haut zeigt infolge abnormer Perspiration grosse Empfindlichkeit gegen Erkältung und Wechsel der Witterung, in den Gliedern machen sich vage, theils schiessende Schmerzen, theils solche von Druck bemerkbar, besonders in der Brust, im Rücken und in der Wirbelsäule mit Spinalirritation. Diese geben die Grundlage für die Idee einer Rückenmarkserkrankung.

Die visscerale Neurasthenie äussert sich als Neurasthenia cordis. Sie entsteht bei Belasteten durch Gemüthsbewegungen, zu warme Bäder, excessives Tabakrauchen. Anfälle von Störung der Herzinnervation äussern sich als Gefühle von Stillstand des Herzens mit paralgischem Schmerz, Pressen, Vibriren in der Herzgegend, Athemnoth, Globus. Der Kranke glaubt sein Ende nahe, geräth in Verzweiflung, steigert durch diese Erregung aber seinen Zustand noch mehr. Nach einiger Zeit löst sich die Beängstigung, und es folgt Mattigkeit, Erschöpfung, Labilität der vasomotorischen Functionen.

Die Neurasthenia gastrica besteht theils in den die physiologische Norm übersteigenden Reactionserscheinungen des Digestionsprocesses, theils in vom Verdauungsvorgang unabhängigen Beschwerden: Gastralgie, Pyrosis, Ructus, gelegentliches Erbrechen von Wasser und Schleim, globusartige Gefühle, Bulimie wechselnd mit Anorexie, Obstipation, retardirter Puls, gestörter Schlaf, gemüthliche Reizbarkeit und Verstimmung, Vollsein der Magengrube, Pulsatio epigastrica, Blähungen, Uebelkeit. Geistige Ueberanstrengung und Gemüthsbewegungen selbst während des Essens, das dann hastig verzehrt und nicht genügend verdaut wird, sind wichtige Ursachen.

Die Neurasthenia sexualis wird veranlasst durch sexuelle Excesse, Masturbation, Abstinenz vom Geschlechtsgenuss bei reger Libido, chronischen Tripper. Den Anfang bilden Pollutionen. In diesem Stadium zeigt sich die reizbare Schwäche des Centrums in Form von Ejaculatio praecox beim Coitus. Diese wirkt sehr deprimirend auf das Selbstgefühl. Die Folge davon können Zustände tiefster Depression sein. Unter dem Einfluss dieser Stimmung entwickelt sich psychische Impotenz. Im weiteren Verlaufe kommt es zu Steigerung der Pollutionen bei mangelhafter Erection. Diese beiden Symptome befördern Gedanken an Tabes und hypochondrische Verstimmung. Beim Weibe sind Ursachen: Abusus Veneris, Masturbation und psychische Onanie, nicht minder Coitus reservatus und interruptus. Aetiologisch wichtig sind auch functionelle und organische Affectionen der Vagina, des Uterus und der Ovarien. Menstrual sind die neurotischen Erscheinungen stets gesteigert. Das auf sexueller Grundlage sich entwickelnde Bild der Neurasthenie ist charakterisirt: durch scheues, gedrücktes Wesen, herabgesetztes Selbstgefühl, hypochondrische Verstimmung, Todesfurcht,

schlaffe Haltung, gesunkenen Muskeltonus, fahlen Teint bei sonst guter Allgemeinernährung, Intentions- und Verlegenheitszittern bis zur Unbeholfenheit und Ataxie der Bewegungen, sobald sich der Kranke beobachtet weiss; nebenbei besteht Neigung zur Dyspepsie, Flatulenz, Obstipation, grosser Wechsel in der Frequenz des Pulses, heftige Palpitationen, paroxysmelle Angst und Beklemmung in der Herzgegend.

Wichtig ist besonders die Unterscheidung der Cerebral- und Spinalirritation, weil bei der ersteren, trotz hochgradiger Hemmung der gesammten geistigen Thätigkeit, die Muskeln bedeutende Arbeit leisten können, bei der letzteren die geringste körperliche Anstrengung gleich Ermüdung und Erschöpfung veranlasst. So ist bei der Cerebralaffection active Muskelbewegung als bedeutsames therapeutisches Mittel in Anwendung zu bringen, bei der spinalen Form durchaus zu vermeiden und höchstens passive Bewegung der Individualität vorsichtig anzupassen.

II. Aetiologie.

§. 504.

Als Ursache der Neurasthenie ist vor Allem die entweder angeborene oder erworbene Schwäche des Nervensystems zu betrachten, welches gewissermaassen auf einer niedrigeren Entwicklungsstufe stehen geblieben ist und nicht die Ausbildung erfahren hat, welche es in dem jeweiligen Körper dem Durchschnitt nach erlangen sollte (Arndt l. c. p. 107).

Der Grund dieser Constitutionsanomalie liegt in der neuropathischen Diathese der Eltern, die selbst wieder meist auf derselben Eigenschaft ihrer Eltern oder der Vorfahren überhaupt beruht und eine Schwäche darstellt, welche zur Entartung führt. Dieser können ganze Geschlechter und mit ihnen ganze Bevölkerungsschichten und Völkerschaften verfallen und, wenn die Verhältnisse es begünstigen, unterliegen.

Daher stellt anthropologisch diese psychische Entartung eine bedeutungsvolle Erscheinung dar, insofern sie beim einzelnen Individuum nur als Theilerscheinung eines physischen und psychischen Entartungsprocesses sich darstellt, welcher durch die Familien und Generationen hindurch sich in wandelbaren, wesentlich immer schwerer sich gestaltenden Erscheinungen verfolgen lässt.

Solche Existenzen stammen fast stets von geisteskranken, nervenkranken, charakterologisch abnormen oder trunksüchtigen Erzeugern ab, oder constitutionelle Processe wirken schädigend auf die Entwicklung von Gehirn und Schädel ein. Dazu kommen schwere Hirnaffectionen, spontane, gelegentlich acute Infectionskrankheiten und Traumen und

onanistische Reizungen des in der Entwicklung begriffenen Gehirns, deren Folge eine dauernde Schädigung der organischen und functionellen Entfaltung ist. Die neuropathische Constitution, welche wie v. Krafft-Ebing (l. c. p. 508) sich treffend ausdrückt, wie eine wirkliche Last, wie eine fatale Mitgift dem Individuum auf den Lebensweg mitgegeben ist, zeigt sich in functionellen Degenerationszeichen, in Anomalieen der Charakterentwicklung, der ethischen Seite und des Trieblebens, während die intellectuellen Leistungen leidlich gut sich dabei verhalten.

Als begünstigende Momente für die Entstehung und weitere Ausbildung dieser Zustände psychischer Minderwerthigkeit kommen in Betracht alle die Ernährung beeinträchtigenden Verhältnisse im weitesten Sinne des Wortes: Schlechtes, namentlich nasses, kaltes Klima, schlechte, feuchte Wohnungen ohne Luft und Licht, Noth, Elend, Schmutz, unzureichende und mangelhafte Nahrung, Missbrauch von Reiz- und Betäubungsmitteln, Ausschweifungen und Entbehrungen, Mühseligkeiten, fortgesetzte, harte Arbeit. Ferner zeigen sich Malaria- und Alkohol-Dyskrasie, der Opionismus, Morphinismus, Syphilis, Pellagra, endlich das Heirathen unter Verwandten, die Inzucht, erfahrungsgemäss in der genannten Richtung von besonders übler Wirkung.

Damit nun diese ererbte oder erworbene Disposition zur wirklichen Krankheit werde, muss eine die Affection zur Reife bringende Gelegenheitsursache hinzukommen, welche oft als die eigentliche Ursache der Erkrankung, besonders von Laien angesehen wird. Diese veranlassende oder Gelegenheitsursache kann eine einfache Fortsetzung der Schädlichkeiten bilden, unter deren Einfluss die neuropathische Disposition zur Entwicklung kam; oder aber neue schädliche Einflüsse treten zu den alten, länger einwirkenden hinzu. Unter diesen letzteren spielen Krankheiten der verschiedensten Art, besonders die schweren, septischen Fieber, der Typhus, die Pocken, das Puerperalfieber, das Erysipelas capitis, ferner die Ruhr, die Cholera, die Diphtherie endlich die Insolation und Ueberhitzung eine Hauptrolle.

Nicht selten sieht man nach Ablauf einer solchen Krankheit eine Neurasthenie bei Individuen sich entwickeln, die bis dahin anscheinend durchaus leistungsfähig waren und eine neuropathische Constitution nicht erkennen liessen. In ähnlicher Weise wirken Pneumonie und Pleuritis, besonders die chronischen Formen derselben, und nicht minder die chronisch sich entwickelnden Erkrankungen des Magens. des Darms, der Leber und der Nieren.

Von einem bedeutenden Einflusse auf die Ausbildung der Neurasthenie sind sodann die Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. Die entzündlichen Vorgänge in ihnen bewirken reflectorisch die gastrischen Erscheinungen und die Kardialgieen. Bei bereits eingetretenen

stärkeren Gewebsveränderungen scheinen die abnormen nervösen Vorgänge in ihnen auch durch die mangelhafte Ausscheidung der Umsatzprodukte des eigenen Körpers hervorgerufen zu werden und Vergiftungserscheinungen darzustellen, wie sie in höherem Grade die Amblyopie, die Amaurose, die Eklampsie, das Koma uraemicum und diabeticum darstellen (Arndt l. c. p. 122). Dass die Neurasthenie in einem gewissen Abhängigkeitsverhältniss zu Blasenkatarrh, Blasensteinen, Stricturen und Katarrh der Urethra steht, zeigt der Umstand, dass die Neurasthenie schwindet, wenn jene zur Heilung gebracht werden. Dasselbe gilt von den Krankheiten der Geschlechtsorgane, namentlich der weiblichen. Doch bringt gerade bei den letzteren selbst eine erfolgreiche Behandlung der somatischen Symptome eine völlige Heilung der Neurasthenie fast nie mit sich, weil man eben die Hauptursache, die nervöse Disposition, nicht beseitigen kann.

Unter den constitutionellen Krankheiten, welche der Ausbildung der Neurasthenie Vorschub leisten, sind vor allem die Gicht, der Rheumatismus und die Chlorose zu nennen. Erstere wirkt durch die anomale Ernährung des Centralnervensystems mittelst eines harnsäurehaltigen, letztere mittelst eines an rothen Blutkörperchen bezw. Hämoglobin armen Blutes schädlich. Der Rheumatismus ist die Ursache endo- und myokarditischer Processe, welche ihrerseits oft die so quälenden Angstgefühle bei Neurasthenikern hervorrufen (ibid. p. 123).

In gleicher Weise können chronische Hautaffectionen wie Pruritus, Prurigo, Pityriasis, Psoriasis, sowie oft recidivirende Urticaria, Herpes, Zoster u. a. wohl durch Reizung der sensibeln Nerven das Allgemeinleiden, dessen Ausdruck sie meist nur sind, so steigern, dass sie als die eigentlichen Ursachen desselben angesehen werden. Hierher gehört ferner die Syphilis, die Malaria-Intoxikation, der Scorbut, die sämmtlich hochgradige nervöse Störungen hervorzurufen vermögen, theils durch nachfolgende Anämie, theils auch durch örtliche Processe im Centralnervensystem.

Sodann erweisen sich als schädlich die chronischen Vergiftungen durch gewisse Nahrungs- und Genussmittel. Bekannt ist der üble Einfluss des chronischen Alkohol-, Opium-, Morphium-Missbrauchs auf das Nervensystem. Aber auch Kaffee-, Thee- und Tabakgenuss ziehen bei manchen Personen unangenehme Zufälle, wie Ohnmachts- und Schwindelerscheinungen, Herzklopfen, Beklemmungen, selbst Angstgefühle nach sich. Ferner kommen hier in Betracht die metallischen Gifte, namentlich Arsenik, Quecksilber, Blei und Kupfer, und eine Anzahl von Gasen, z. B. das Sumpf-, Gruben-, Leucht-, Kohlenoxyd-Gas, und zwar sind von besonders nachtheiligem Einflusse die fortgesetzten Einverleibungen kleinster Mengen; daher findet man die Neurasthenie nicht selten bei

Arbeitern in Spiegelfabriken, in Blei-, Kupfer-, Kohlen- und Arsenik-Bergwerken, bei Malern, Anstreichern, Schriftgiessern, kurz bei Leuten, deren Beruf zur Aufnahme dieser Stoffe Gelegenheit giebt (l. c. p. 126).

Vor Allem sind als accidentelle Ursachen die körperlichen und geistigen Anstrengungen, welche der Kampf um das Dasein mit sich bringt, anzuführen. Ebenso wie durch Noth, Elend, Entbehrungen kann durch langwierige Strapazen, Kriege, Reisen in tropischem oder arktischem Klima die Widerstandsfähigkeit des Organismus oft für das ganze Leben gebrochen werden.

Mehr noch als diese Strapazen, nach Beard sogar ganz allein, spielt Ueberanstrengung, Ueberarbeitung, Ueberbürdung mit Berufsgeschäften bei dem Entstehen der Neurasthenie eine Rolle.

Die grossen Ansprüche, welche die Gegenwart an alle Berufs- und Gesellschaftskreise stellt, die Anforderungen der Schule, der Wettlauf späterer Jahre nach dem Ziel äusserer Anerkennung, kurz die moderne Civilisation mit ihren täglich zunehmenden Bedürfnissen und täglich steigenden Anstrengungen, sie zu befriedigen, alle diese Momente vereinigen sich, um der lebenden Generation grössere Anspannung und stärkeren Verbrauch ihrer Kräfte, als sie auf die Dauer zu leisten vermag, aufzunöthigen (Neisser). Noch mehr beeinträchtigen die Widerstandskraft des Nervensystems die Nachtschwärmereien mit ihren Gelagen und dem Spiel, zumal sie mit mehr oder minder grossen Aufregungen verbunden zu sein pflegen. Ueberhaupt sind gerade psychische Erregungen sehr geeignet, eine Neurasthenie zur Entwicklung zu bringen. So sehen wir mitunter nach einem jähen Schreck, nach einer plötzlichen Trauerbotschaft, nach heftigem Aerger, meist aber nach langem Gram, nach häufigen, schweren Sorgen, nach verheimlichter Reue, Gewissensbissen etc. gewöhnlich unter dem Bilde einer Dysthymie die Neurasthenie sich einstellen und allmählich die noch vorhandene Gesundheit untergraben und das Leben gefährden.

III. Pathologische Anatomie.

§. 505.

Das Nervensystem ist mangelhaft ausgebildet, indem seine Theile dünn und schmächtig, die Nervenmasse unreif geblieben ist. Die Ganglienkörper haben nur kurze, wenig verzweigte oder gar keine Fortsätze (Apolare Ganglienkugeln); sie erscheinen ungestrichelt, in sich weniger differenzirt und mit der Umgebung verschmolzen. Die Nervenfasern sind fein, die Markscheiden derselben zart, auf dem Querschnitt weniger geringelt als punktirt. In dem sympathischen System sind bisweilen die Nervenfasern durch neurogliaartiges Gewebe ersetzt.

Das Gefässsystem ist unvollkommen entwickelt. Das Herz ist klein, dünnwandig oder auch hypertrophisch. Das Endokardium ist zart, die Klappen durchscheinend, oft gefenstert, das Foramen ovale dünn und unvollkommen verschlossen. Die Muskulatur des Vorhofes ist schlecht ausgebildet; Aorta und grosse Arterien sind eng und dünnwandig; die Venen haben auch dünne Wände, aber weiten Querschnitt, wodurch den Oedemen und Stauungen Vorschub geleistet wird, und das reich entwickelte Capillarnetz veranlasst in seinem zarten und schlaffen Zustande jene zarteren oder lebhafteren Röthungen, welche so oft bei der Neurasthenie das Bild der Gesundheit vortäuschen (Arndt l. c. p. 111).

IV. Symptomatologie.[1]

Die Neurasthenie, welche der Ausdruck für die mannigfachsten Symptome einer hereditären Disposition ist, kommt schon im frühesten Kindesalter, in den verschiedenen Jahren der Entwicklung, in der Zeit der Reife und, wenn auch seltener, selbst bis ins höchste Alter zur Beobachtung.

A. Die Neurasthenie des Säuglingsalters.

§. 506.

Da die Neurasthenie, wenigstens in ihrer Anlage, angeboren ist, so macht sie sich einem aufmerksamen Beobachter auch schon in den ersten Lebenstagen bemerkbar, und es ist sehr wichtig, dass sie schon möglichst früh nicht nur richtig erkannt, sondern auch gewürdigt wird, damit ihrer Verschlimmerung und Ausartung vorgebeugt werden kann. Die Merkmale, an welchen man die Neurasthenie bei Säuglingen erkennt, sind folgende: Die betreffenden Kinder sind im Ganzen sehr zart, mit spärlichem, oft langem seidenweichen Haar versehen und besitzen vielfach Nägel, die wegen des Durchscheinens der grösseren Papillen wie punktirt aussehen. Wegen der Dünne der Epidermis leiden diese Kinder viel an Intertrigo und werden leicht wund. An das Licht gewöhnen sie sich nur schwer, bisweilen besteht Monate lang eine gewisse Lichtscheu. Auch sind sie empfindlich gegen laute Geräusche, sie erschrecken leicht, fahren heftig zusammen und können nur schwer beruhigt werden. Auch gähnen sie viel und haben häufig Schlucken und Aufstossen. Eine gewisse Neigung zu Krämpfen, die besonders oft in der Zahnungsperiode zum Ausbruch kommen, ist ihnen ebenfalls eigen.

Laryngismus stridulus, Eklampsie, sogen. Fraisen, mit nicht selten

---

[1]) Cf. Arndt: Die Neurasthenie, Monographie 1885.

nachfolgenden Lähmungen, auch primäre Lähmungen, wie die bekannten spinalen, die gerade in den ersten beiden Lebensjahren am häufigsten vorkommen, finden sich wohl nur bei ihnen.

Ferner trifft man hier allerhand Ernährungsstörungen, wie Hautausschläge, „Zahnpocken“, Dyspepsieen, Durchfälle, Erbrechen oder auch Verstopfung, abnorm reichliche Fettablagerung etc. Bei manchen sind offenbare Idiosynkrasieen vorhanden, z. B. gegen rohe oder gekochte Milch, gegen die Nahrung der Amme. Der Schlaf dieser Kinder pflegt in der Regel schlecht, unruhig, vielfach unterbrochen zu sein. Viele haben entschiedene Schweisshände und Schweissfüsse. Ihre Extremitäten sind deshalb merkwürdig kühl, während Stirn und Wangen glühen. Die Zahnentwicklung ist bei solchen Kindern meist unregelmässig, entweder verzögert oder überstürzt schnell. Bei vielen besteht Schielen, besonders mit dem linken Auge.

Die geistige Entwicklung derartiger Kinder ist nicht selten überraschend schnell, aber sie ermüden leicht und zeigen schon frühzeitig ein launenhaftes Wesen, das sich in lästigem und ungeduldigem Schreien kundgiebt. Einige lernen sehr früh sprechen, andere sehr spät (l. c. p. 140 f.).

B. Die Neurasthenie des Kindesalters.

§. 507.

Die Neurasthenie in der Zeit zwischen der ersten und zweiten Zahnungsperiode stellt sich in 2 Formen dar, die zwar vielfach in einander übergehen, indessen doch bestimmte charakteristische Verschiedenheiten und Gegensätze erkennen lassen. Die erste Form begreift Kinder, meist Knaben, von erethischem Habitus, anscheinend blühender Gesundheit und lebhaft heiterem Wesen in sich, die andere Form umfasst Kinder, meist Mädchen von mehr torpidem Habitus. Dieselben sind blass, zart, leicht ermüdbar oder auch immer müde, zur Traurigkeit geneigt oder stets traurig. Der Appetit der ersteren ist rege, der der letzteren gering, der Stuhl beider neigt zur Trägheit. Auf eine merkwürdige Erscheinung macht Arndt aufmerksam, nämlich, dass der andrängende Stuhl bei beiden eine gewisse Befangenheit und ein bald mehr, bald weniger auffallendes Erblassen, selbst ein gewisses Collabiren hervorruft. Der Schlaf beider Kategorieen neurasthenischer Kinder ist unruhig, der erethischen zwar tief und fest, aber von Jactationen, Sprechen, Ausrufen begleitet, der anscheinend mehr torpiden, oberflächlich, oft unterbrochen und dann von Weinen gefolgt. Auch Zuckungen, Zähneknirschen, ängstliches Aufschreien werden beobachtet. Zu Krämpfen und krampfähnlichen Zuständen besteht grosse Neigung. Häufiges

Gähnen, Schlucken, Weinen, ungemessenes Lachen, intercurrentes Schielen kommt vor. Sehr charakteristisch ist die Neigung zum Erröthen, selbst nach der kleinsten Erregung, die häufig von starkem Nasenbluten gefolgt ist. Hautausschläge, Ophthalmieen, Otitiden, scrophulöse Affectionen, Schweissfüsse, Schweisshände und Abnormitäten der Urinzusammensetzung finden sich oft bei solchen Kindern, werden aber meist nicht sonderlich beachtet.

In geistiger Beziehung begegnet man vielen Verschiedenheiten: die Einen sind munter, lebhaft, die Anderen theils träge und schwerfällig, theils still, befangen und zurückhaltend. In jedem Falle kommt es sehr viel darauf an, die Kinder richtig zu behandeln (vgl. §. 515, Therapie), um etwa nicht durch Gewalt und Strenge einen unaufrichtigen, heuchlerischen Charakter bei ihnen auszubilden. Dazu entwickelt sich dann eine grosse Verbitterung, oft sogar ein tiefer Hass und Abscheu gegen die, welche es gegen seine Natur zu leben zwangen, schliesslich gegen seine ganze Umgebung. Es greift Rachsucht, Schadenfreude Platz und damit eine der schlimmsten Formen der hebephrenischen Zustände, die es giebt. Bei manchen neurasthenischen Kindern ist auch eine frühzeitige Regung des Geschlechtslebens auffallend. Vielfach zeigt sich bei diesen Individuen grosse Empfindlichkeit: laute Geräusche, starke Gerüche sind ihnen unerträglich, und helles Licht verursacht ihnen Kopfschmerzen. Infolge davon sind sie wechselnd in ihrem Verhalten, leicht zu verstimmen, leicht unwirsch, missmuthig und scheinbar launenhaft.

In intellectueller Beziehung entwickeln sich die erethischen Kinder oft überraschend schnell und stellen dann den Typus der frühreifen, altklugen Kinder dar; die torpiden dagegen sind unter den langsamen, mehr oder minder zurück bleibenden Kindern vertreten.

Ein grosser Theil dieser Kinder geht an meningitischen resp. encephalitischen Processen, aber auch an anderen Krankheiten (Masern, Scharlach, Diphtherie) zu Grunde, weil dieselben bei ihnen stärker auftreten, sie heftiger ergreifen als andere Individuen (l. c. p. 142 f.).

C. Die Neurasthenie des Knaben- und Mädchenalters.

§. 508.

Auch bei dieser kann man noch die beiden Kategorieen der mehr erethischen und mehr torpiden Naturen unterscheiden, wenn auch die Gegensätze nicht mehr so hervortreten, wie vordem. Nur das floride Aussehen der bezüglichen Kinder ist seltener geworden, und fast stets findet man eine mehr oder minder stark ausgeprägte Chlorose. Was die intellectuellen Fähigkeiten anlangt, so gilt im Allgemeinen das schon

oben Gesagte. Theils lernen solche Kinder nur schwer, doch können sie bei stetiger Nachhülfe das Durchschnittsmaass erreichen; theils lernen sie leicht und sind viel verheissende Kinder, aber stets folgt nach jeder grösseren Anstrengung tiefe Abspannung und Ermüdung. Dabei herrscht bei ihnen allen eine Neigung zu Unlustgefühlen, die mitunter in deutlichen Depressionszuständen zu Tage treten. Sie fühlen sich unglücklich, werden von Angstzuständen gequält, suchen die Einsamkeit auf und spinnen sich in ihren Träumereien eine ihnen sympathischere Welt zurecht, als es die ist, in der sie leben. In diesen Träumen spielen geschlechtliche Phantasieen, meist absurdester Art, eine grosse Rolle. „Wegen dieses Hanges zu Träumereien machen auch die Meisten in ihrer intellectuellen Entwicklung, zu der sie sonst recht gut befähigt wären, nur langsame Fortschritte," weil ihnen die nöthige Aufmerksamkeit und Concentration der Gedanken abgeht. Viele von diesen Kindern leiden an Schwindel, insbesondere Höhenschwindel, und werden von mancherlei Antipathieen und Idiosynkrasieen beherrscht; sie sind ängstlich, furchtsam und empfindlich gegen helles Licht und grelle Geräusche. Ihr Gesichtsfeld umflort sich, und es stellt sich leicht Ohrensausen ein, wenn sie längere Zeit in gebückter Stellung zugebracht haben.

Die Neigung zu Krämpfen hat sich im Allgemeinen verloren, nur ausnahmsweise und auf Grund einer hochgradigen Disposition treten stärkere Zuckungen in die Erscheinung. Bei Anderen dagegen hat sich infolge derselben Neigung Stottern, Chorea u. a. ausgebildet (l. c. p. 148 f.).

Daneben zeigen sich zahlreiche körperliche Störungen in den trophischen und secretorischen Functionen, wie sie später ausführlich dargestellt werden.

D. Die Neurasthenie der Pubertätsjahre.

§. 509.

Die Pubertät tritt bei neurasthenischen Individuen entweder sehr früh oder sehr spät ein. Die chlorotische Constitution zeigt sich in beiden Fällen sehr deutlich. Im Allgemeinen sind die Neurastheniker in dieser Zeit rege und strebsam, doch immer leicht ermüdbar, ohne Kraft und Ausdauer bei ihren Unternehmungen. Sie erscheinen deshalb unstät und wankelmüthig, immer von grossen Plänen erfüllt, ohne jemals einen einzigen auszuführen.

Bei grosser Empfindlichkeit sowohl für psychische Einflüsse, wie für Temperaturwechsel und Schmerzeindrücke überhaupt, sind sie mit einem bedeutenden, aber leicht verletzbaren Selbstgefühl ausgestattet. „So befinden sie sich meist in einer gereizten Stimmung, der sie ent-

weder durch ein grobes Wesen Ausdruck geben, oder infolge deren sie sich in sich zurückziehen und in Träumereien ihre Befriedigung suchen. Der paranoische Zug, den sie meist aus ihrer Kindheit überkommen haben, bildet sich dabei mehr und mehr aus, und unter dem Einfluss noch anderer Schädlichkeiten, in unmittelbarem Anschluss an die Pubertät" entwickelt sich die Hebephrenie Kahlbaums.

In dieser Zeit treten auch die Anomalieen der vasomotorischen Functionen in häufigem Herzklopfen, leichtem Erröthen und Erblassen unter Schweisssecretion deutlicher hervor, und zwar mehr bei männlichen als bei weiblichen Individuen. Hinsichtlich der Urinsecretion ist die Zunahme der Uraturie hervorzuheben, mit welcher die hin und wieder zu beobachtende Ausbildung von Gicht und Diabetes mellitus in Verbindung steht.

Infolge der leichten Ermüdung der höheren Sinne und der Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu concentriren, kommen den Kranken allerhand fremdartige Vorstellungen und Ideen oft in wirrer Flucht durch den Kopf, und es entwickelt sich Grübelsucht.

Der Hang zu Träumereien, Schwärmereien, unterhalten durch die Lectüre interessanter Romane, aufregender Reisebeschreibungen etc., ist ein sehr allgemeiner, oft nicht zu überwindender. Bei Anderen wieder treten andere Liebhabereien hervor: „sie interessiren sich für diesen oder jenen Zweig der Naturwissenschaften, und mit wahrer Leidenschaft werfen sie sich der Botanik, Ornithologie u. a. in die Arme. Aber nicht sowohl die Lust zur Wissenschaft treibt sie, als vielmehr eine Reizung zum Aussergewöhnlichen, zu einem zweckvollen Umhertreiben, einem gerechtfertigten Vagabundiren" (Arndt p. 159). In der Regel wird deshalb aus allen diesen jungen Leuten nicht viel; ihnen fehlt vor Allem die Lust zu einer geordneten, anhaltenden Thätigkeit. Eine mehr oder minder schwere Hebephrenie (Heboïd) kommt in ihnen immer deutlicher zum Vorschein und richtet sie endlich ganz zu Grunde.

Von wesentlichem Einflusse auf die Verstärkung der Neurasthenie ist ferner das Geschlechtsleben, das, wenn es sich auch schon lange vorher regte, doch jetzt erst eigentlich erwacht und zumal den leicht erregbaren Neurastheniker zu vielfachen Verirrungen führt; diese sind von Vorwürfen und Selbstanklagen gefolgt, welche die vollständige Zerrüttung des Nervensystems beschleunigen. Endlich sind in ihrer verderblichen Wirkung auf nervenschwache Individuen nicht zu unterschätzen der Gebrauch von Reizmitteln und, namentlich für das weibliche Geschlecht, die Verkehrtheiten im gesellschaftlichen Leben der höheren Stände (ibid. p. 154 f.).

E. Die Neurasthenie des Alters der Reife.

In der Zeit nach vollendeter Pubertät, zwischen 20 und 30 Jahr, sind es ausser den erhöhten Ansprüchen, welche der Beruf, die Soldatenzeit u. a. m. an das Leben des Einzelnen stellt, gewisse Krankheiten, besonders Typhus und die Erkältungskrankheiten der Athmungsorgane, denen mancher Neurastheniker zum Opfer fällt. Ferner wirken eine leichtsinnige, stürmische Lebensweise, Missbrauch von Alkohol und Tabak, geschlechtliche Ausschweifungen, Syphilis etc. hier vorzugsweise nachtheilig.

Anscheinend gesund und kräftig, befinden sich die Neurastheniker dieses Alters wohl, solange sie in günstigen Verhältnissen leben, brechen aber zusammen, wenn die Verhältnisse sich ungünstig gestalten, wenn erhöhte Kraftanforderungen von ihnen verlangt werden. Diese bilden das Gros der Neurastheniker im engsten Sinne. Hier treten auch die charakteristischen Symptome der Neurasthenie in ihrer ganzen reichhaltigen Fülle auf (l. c. p. 40—106).

a) Somatische Störungen.

§. 510.

1. Im Gebiete der vitalen Processe zeigt sich grosse Morbilität, geringere mittlere Lebensdauer, ungewöhnliche Reaction gegenüber atmosphärischen, tellurischen und alimentären Schädlichkeiten, grössere Höhe und auffallende Irregularität der Temperaturkurve in fieberhaften Krankheiten mit sonst typischem Verlauf und Temperaturgange, ferner grosse nervöse Erregbarkeit bis zu schweren neurotischen Erscheinungen (Convulsionen, Neurosen), Neigung zu Tuberculose, Anämie und Chlorose. Im Gebiete der cerebralen Functionen äussert sich ungewöhnlich lebhafte Mitaffection des centralen Nervensystems schon bei leichten körperlichen Erkrankungen in Form von Somnolenz, Sopor, Delirien, Hallucinationen etc.

2. Unter den körperlichen Anomalieen stehen an erster Stelle theils universale, theils local beschränkte Störungen der subjectiven Empfindung, erhöhtes Schmerz- und Tastgefühl (Hyperästhesieen) in der cutanen Sphäre von der Art, dass jeder Druck, jede Temperaturveränderung mehr oder weniger belästigend empfunden wird. Nach Beard wird bei der neurasthenischen Depression ein Witterungswechsel 24 Stunden vorher gespürt, und Alkoholiker verlangen beim Fallen des Barometers stürmischer nach ihrem Genussmittel. Diese Hyperästhesieen beruhen hauptsächlich darauf, dass in der Bahn der sensiblen Nerven abnorm leichte Erregbarkeit, ungewöhnlich lange Andauer der Erregung und Irradiation derselben auf ganz entfernte Nervengebiete besteht.

Es kommen für die Neurasthenie charakteristische Fälle von partieller Empfindungslähmung vor, in denen die Schmerzempfindlichkeit aber wohl erhalten ist, und andere, wo die Empfindlichkeit für den galvanischen Strom z. B. erhalten, selbst erhöht sein kann, während die für den faradischen gesunken oder ganz aufgehoben ist. Im Zusammenhange damit beobachtet man häufig vage, als Druck, Eingenommenheit oder Schwere im Kopf empfundene Neuralgieen, meist im Gebiete der Nn. frontalis, supraorbitalis, occipitalis major und minor. Bisweilen treten nach Kraepelin auch wirkliche Schmerzen (Migräne) halb- oder doppelseitig in der Scheitelhöhe, Augengegend oder im Hinterkopf auf, oder sie erscheinen als allgemeines Schwindelgefühl. Im Gesicht äussern sich diese Empfindungen, durch den N. Trigeminus vermittelt, als ein Gefühl von Brennen, Kälte, Stechen, Jucken, Sprödigkeit und als Zahnschmerzen.

Diese abnormen, halb prickelnden, halb tauben Gefühle sind an einzelnen Punkten, „Points douloureux“, oder an ein Markstück bis Handteller grossen Stellen vielfach nachzuweisen: am Halse zu beiden Seiten im Gebiete der Nn. cutanei cervicales, im Nacken in der Nähe der Nn. cervicales posteriores, am Rücken zwischen den Schultern und in der Lendengegend, in der Axillar-, Mammillar- und Sternallinie, endlich unterhalb der Clavicula im Bereich der Nn. cutanei cervicales inferiores. Am Bauche trifft man sie besonders in den Hypochondrien, der Inguinalgegend und in der Regio epigastrica zu beiden Seiten der Linea alba, wo sie leicht schwere Magenerkrankungen vortäuschen können. In den Extremitäten, vorzüglich im Vorderarm und Unterschenkel, dann in Hand und Fuss vermitteln die Nn. ulnares und peronei die abnormen Gefühle als Brennen, Reissen und Ziehen, blitzartig durchschiessende Schmerzen, grosse Druckempfindlichkeit. Andere Male äussert sich diese Hyperästhesie in abnorm gesteigerter und verbreiteter Kitzlichkeit.

Hin und wieder kommen auch ausgesprochene Anästhesieen vor, die als Einschlafen der Glieder infolge von Druck sich äussern. Daneben beobachtet man häufig das leicht eintretende Gefühl des Fröstelns und Zusammenschauerns, selbst bei grosser Hitze, sowie ein bald stärkeres, bald schwächeres Hautjucken, bald über den ganzen Körper verbreitet, bald die behaarte Kopfhaut, den Rücken und die äusseren Genitalien nebst dem After befallend (Pruritus vulvae, scroti, ani).

In den Muskeln treten die Störungen der Empfindlichkeit sehr verbreitet und als mannigfaltige Gefühle der Mattigkeit, der Schwäche meist nach einer kleinen Muskelanstrengung oder gemüthlichen Erregung, mitunter aber auch nach längerer Bettruhe auf. Neurasthenische Personen können niemals auf ihre Kräfte rechnen. Wenn sie Vormittags sich stark genug fühlten, einen langen Marsch zu unternehmen,

können sie Nachmittags das Gefühl tiefster Erschöpfung und Mattigkeit haben und ruhiges Sitzen als Anstrengung empfinden (Beard l. c. p. 55). In ähnlicher Weise kann auch die Stimme ihre Function versagen.

Bei musculären Anästhesieen klagen die betreffenden Individuen, sie hätten das Gefühl, als ob ihnen die Hände oder Beine fehlten, als ob sie keinen Kopf hätten etc. Die Hautempfindlichkeit kann dabei wohl erhalten sein.

Die musculären Paraesthesieen beschränken sich auf das Gefühl einer gemüthlichen Unruhe, als ob ein Krampf derselben erfolgen sollte. Bisweilen werden die Arme und Hände beim Schreiben so unruhig, dass damit abgebrochen werden muss; oder, wenn diese Unruhe die Beine befällt, muss der Kranke, er mag noch so matt oder schwach sein, unruhig hin- und herlaufen (ibid. l. c. p. 34). Wie cutane, so giebt es auch musculäre Points douloureux z. B. in den Mm. temporales, im pyramidalis nasi etc.; ferner in den Muskeln der Brust und ganz besonders des Bauches.

Neben eigenthümlichen Schmerzen der Wirbel (Kokcygodynieen) der Tubera ischii und der Crista ilii ist der Rückenschmerz pathognostisch für die Neurasthenie. Er wechselt mannigfach in seiner Qualität und Intensität, vom Gefühl einfacher Müdigkeit und Steifigkeit bis zu dem heftigsten Ziehen und Reissen. Er sitzt scheinbar mehr in den tiefen langen, als in den oberflächlichen breiten Muskeln. Bisweilen geht er bald vorüber, manchmal, besonders als Kreuzschmerz hält er aber Tage und Wochen an. Er wird durch Kälte gesteigert, durch Wärme gemässigt, daher vielfach für rheumatisch gehalten. Schmerzen in dem Rücken und den Schultern strahlen leicht in die Arme aus. Im M. biceps stellt sich vielfach ein Schmerz bei nähenden und strickenden Frauen ein. An den unteren Extremitäten findet sich, entsprechend dem Schulterschmerz, Hüftschmerz bei Neurasthenikern schon nach ganz geringfügigen Bewegungen, und er kann sich vom einfachen Gefühl der Müdigkeit bis zu unerträglichem Reissen steigern.

Die unter dem Namen Crampi bekannten schmerzhaften Affectionen erscheinen am häufigsten in den M. levatores scapulae, gastroknemii und plantae pedum; sie gehen blitzartig vorüber mit Hinterlassung einer Art tauben Gefühls, das sich bald verliert. Ebenso verschwindet mit fortschreitender Besserung auch die Verdickung der Gelenke, welche nach wiederholten, heftigen Gelenkschmerzen (Arthralgieen) häufig in den Kinderjahren, vornehmlich Nachts und im Bette auftritt.

Störungen des eigentlichen Muskelsinnes offenbaren sich dadurch, dass Lageveränderungen, welche man mit einzelnen Gliedern vornimmt, entweder durch grössere Empfindlichkeit begleitet oder andere Male gar nicht bewusst werden.

Im Respirationsapparate beobachtet man theils Hyperästhesieen, wenn die Neurastheniker stets nach frischer Luft verlangen und schon nach kurzem Sprechen oder Singen Schmerzen im Kehlkopfe empfinden, theils Anästhesieen, namentlich als grosse Toleranz gegen verdorbene Luft und das Eindringen von fremden Körpern in den Kehlkopf, theils abnorme Sensationen von Kitzeln, Brennen und Wundsein im Halse, für welche bei näherer Besichtigung kein Anhalt gefunden wird.

Im Circulationsapparat am Herzen gelangen theils wirkliche Schmerzen zur Wahrnehmung, wie bei der Angina pectoris, oder abnorme Empfindungen als subjectives Herzklopfen, wobei die Leidenden das Gefühl haben, als ob das Herz verstärkt arbeite, oder als ob es still stehe, zerdrückt, von heissem Wasser übergossen werde etc. Aehnlich geben Pulsationen der Abdominal-, Femoral- und Temporalarterien zu Klagen Anlass.

Im Digestionsapparate treten als abnorme Störungen der Empfindung auf: der bekannte Globus hystericus, die Kardialgieen, das Sodbrennen (Pyrosis), das Magendrücken und der Magenkrampf, der Heisshunger, die Nausea etc., endlich von Seiten des Darms: die Kolikschmerzen, das sich voll und aufgebläht Fühlen, der Stuhldrang und Stuhlzwang, die sich bei nervösen Personen nach Aufregungen, Aerger etc. auffallend oft und leicht einstellen. In der Speiseröhre macht sich Anästhesie kenntlich durch den Mangel des Durstgefühls, des Gefühls des eben verschluckten Bissens, im Magen durch den Mangel an Sättigungsgefühl oder auch an Hungergefühl etc. Im Darm fehlt das Gefühl des Herannahens und der Beendigung des Stuhlgangs.

Die Hyperästhesieen des Urogenitalapparates bestehen in häufigem Drang zum Uriniren, lästigem Brennen und Kitzeln in der Harnröhre, der Klitoris und Vulva, in Schmerzen am Uterus, an den Ovarien resp. an den Testikeln, besonders nach längerer Enthaltsamkeit; sodann zeigen sie sich als blitzartig schiessende Schmerzen durch Klitoris und Penis, als häufige Erectionen und Priapismen, vorzeitige Ejaculatio seminis, Vaginismus, Libido sexualis und selbst grössere oder geringere Salacitas. In anderen Fällen sind die Störungen charakterisirt durch herabgesetzte Functionsfähigkeit, Ischurie, paradoxe mangelhafte Erectionen, Spermatorrhöe, beim Weibe durch Erweiterung des Introitus vaginae und damit zusammenhängend Descensus und Prolapsus uteri, schliesslich durch Abstumpfung der sexuellen Gefühle.

3. Als Störungen der Sinnesorgane findet sich am Auge ein vorzugsweise hyperästhetisches Flimmern und Verschwimmen der Eindrücke, Mouches volantes, andererseits Schwachsichtigkeit, nervöse Amblyopie und Asthenopie, die sich bis zur nervösen Amaurose steigern kann. Im Bereich des Gehörorgans bemerken wir eine Hyperästhesie,

welche sich als leichte Verletzlichkeit des Gehörorgans durch Töne und Geräusche charakterisirt, oder eine nervöse Schwerhörigkeit, selbst Taubheit. Analog zeichnet sich die Hyperästhesie des Geruchs- und Geschmackssinnes weniger durch Feinheit und Schärfe als durch leichte Verletzlichkeit der Organe aus, andererseits kann die verminderte Fähigkeit bis zur völligen Aufhebung des Geruchs, weniger des Geschmacks sinken.

Unter den zahlreichen abnormen sensoriellen Empfindungen sind anzuführen: Photopsieen, Chromatopsieen, verschiedene Ohrgeräusche wie Zischen, Klingen, Glockenläuten, Klopfen. Die allgemeine Hyperästhesie äussert sich auf diesem Gebiet als lebhafte Betonung der Eindrücke durch Lust und Unlust (Idiosynkrasieen). Auch Sinnestäuschungen kommen vor, sehr häufig Illusionen, seltener Hallucinationen. Am häufigsten sind die Gehörstäuschungen, demnächst die Gesichtstäuschungen, seltener die des Geruchs, am seltensten die des Geschmacks.

4. Entsprechend den Störungen der Empfindung sind die motorischen Functionen vorzugsweise gesteigert; sie äussern sich, neben der Erhöhung der bisweilen gekreuzten Sehnenreflexe, besonders des Patellarreflexes, in oscillatorischen Zuckungen der mimischen Muskeln (Grimassiren) und in gewissen Formen des Nystagmus, des Strabismus, des Lagophtalmus. Dagegen offenbart sich eine Verminderung der motorischen Functionsfähigkeit in Schlaffheiten, scheinbaren Steifigkeiten, am häufigsten an den Augenmuskeln (ebenfalls als Strabismus und Lagophthalmus) und an den mimischen Muskeln, ferner als allgemeine Schwächezustände in den Extremitäten, die anfallsweise auftreten und nur kurze Zeit dauern. Häufig findet man dabei Herabsetzung der Sehnenreflexe.

In der cutanen Sphäre bewirkt die Steigerung der motorischen Functionen das leichte Entstehen und längere Bestehen von Gänsehaut; die Verminderung derselben eine unveränderliche Glätte der Haut, die wie lackirt erscheint. Auf einer Störung der tiefer gelegenen, motorischen Muskeln beruht einerseits die übergrosse Neigung zum Erbrechen, die bebende, unsichere Stimme, erschwertes Sprechen, leichtes Stottern und leicht eintretendes Hüsteln in Gesellschaft (Verlegenheitshusten), asthmatische Beschwerden, Globusgefühl im Oesophagus; andererseits die leichte Erlahmung des Gaumensegels, daher näselnde Sprache, Schnarchen, leichtes und häufiges Verschlucken wegen mangelnden Glottisschlusses; ferner gehören hierher Koliken, Tenesmus, Meteorismus, mangelhafter Verschluss des Anus. Aus derselben Veranlassung kann es zu anderweitigen Innervationsstörungen, Contracturen und epileptoiden Zufällen kommen.

5. Die vasomotorischen Störungen erscheinen beim Herzen als verstärkte Palpitationen, bei den Gefässen als auffallend leichte Zusammenziehung der Arterien, wodurch es zu Ischämie und Anämie der betreffenden Theile kommt, wie das Absterben der Finger und Zehen, das Weisswerden der Nasenspitze, des einen Ohrs beweist. Andererseits beruht auf einer erhöhten Erreglichkeit der Gefässthätigkeit die charakteristische Neigung der Neurastheniker, bei dem geringsten Anlass (bei einem leichten Geräusch, beim Eintritt einer Person), manchmal auch ohne äussere Ursache, infolge eines ängstlichen Gedankens lebhaft über Gesicht, Hals und Nacken zu erröthen. Dieses Erröthen ist bisweilen von Schmerzen in den Augenlidern, Zuckungen der Gesichtsmuskeln, häufiger von Verwirrung oder Stammeln begleitet. Es zeigt sich nicht nur bei schwächlichen Naturen und kann in dieser Erscheinungsweise vererbt sein (Beard-Neisser l. c. p. 34).

6. Als Ausdruck einer Innervationsstörung der verschiedenen Muskeln, die in mannigfachster Weise verursacht sein kann, sind die incoordinirten, ataktischen Bewegungen aufzufassen. Psychomotorische Störungen zeigen sich theils in Vielgeschäftigkeit, theils in Langsamkeit, Unlust, fehlerhafter Gedankenbildung und Wörteranwendung beim Sprechen, Bummelei mit besonderer Liebe zur Ruhe (das was Verfasser Bettsucht nannte), endlich in dem Verfehlten, Ungehörigen, Fremdartigen der Handlungen. Schliesslich kommt auch Apraxie, Thatlosigkeit, Unthätigkeit vor. Von Störungen des Gesichtsausdrucks, der Mimik, kommen bei Neurasthenikern entweder allzu lebhaftes Mienen- und Geberden-Spiel, ruhelose Haltung, Hast im Gange zur Anschauung, oder sie zeigen sich in einer grösseren Unbeweglichkeit, Schwerfälligkeit und Starrheit oder im Gesichterschneiden und in albernen Gesten.

7. Unter den Secretionsstörungen sind die cutanen der Schweissdrüsen die häufigsten, besonders partielle Vermehrung der Schweissabsonderung, als Hand- und Fuss-, oder als Achsel-, Perineal- und Genitalschweisse etc. In den meisten Fällen sind die Schweissabsonderungen übelriechend. Eine erhöhte Bedeutung haben dieselben, wenn sie einseitig vorkommen, wobei meist die linke Seite die bevorzugte ist. Auch partielle Verminderung und sogar völlige Aufhebung der Schweisssecretion kommt nicht selten vor.

Aehnliche Störungen zeigt die Absonderung des Ohrenschmalzes, indem ein sehr flüssiges, an der Luft lange weich bleibendes oder aber ein sehr bald fest erstarrendes Schmalz abgesondert wird. Störungen der Thränensecretion sind charakterisirt durch übermässigen Thränenerguss bei jeder Gelegenheit oder durch Thränenarmuth bis Thränenmangel selbst bei heftigstem Seelenschmerze.

Bei einer Vermehrung des Speichels kann entweder der dünne

Facialis-Speichel oder der zähe Sympathicus-Speichel vermehrt sein. Beide Formen kommen bei nervösen Menschen häufig vor, besonders bei jüngeren und, wie es scheint, im Zusammenhang mit geschlechtlicher Reizung. Links pflegt dieselbe stärker zu sein; andere Male besteht Armuth des Speichels und Trockenheit im Munde, endlich kann der Speichel eine andere Zusammensetzung haben, z. B. sauer reagiren wie bei Diabetes etc.

Eine überreiche Talgbildung documentirt sich, häufig sogar bei mageren, stark schwitzenden Personen, durch fettigen Glanz der Haut, und andererseits eine verminderte durch eigenthümlichen Glanz der Haut. Der Talg selbst besitzt dabei oft eine anomale Beschaffenheit. Die Milchabsonderung kann übermässig reichlich und lange bis in's dritte Jahr hinein andauern und links reichlicher erfolgen und länger anhalten als rechts; ferner ist ein relativer oder absoluter Mangel an Milch nach einem anfänglichen Milchüberflusse zu beobachten, endlich eine abnorme, zu wässerige oder zu consistente Zusammensetzung derselben.

Die Störungen in den Secretionen der Galle und des Pankreassaftes verhalten sich analog. Bei zu reichlicher Absonderung folgen galliges Erbrechen und Durchfälle besonders nach ärgerlichen und ängstlichen Erregungen, bei zu geringer Ausscheidung Trockenheit der Faeces. Häufig findet sich Meteorismus, der sehr rasch nach Einnahme aromatischer Stoffe schwindet.

Bei Anomalieen der Harnabsonderung unterscheiden wir ebenfalls zu reichliche Harnsecretion, Polyurie eines sonst normalen Harns bei Leuten, welche viel trinken, weil sie viel Harn und Schweiss secerniren, und spärlichen, eventuell sehr concentrirten Harn (Oligurie). Nicht selten findet man bei ein und demselben Individuum bald Polyurie bald Oligurie. Wichtiger sind die Aenderungen der Zusammensetzung des Harns, unter denen neben der Phosphaturie, Oxalurie, Acetonurie, Azoturie, die zu reichliche Ausscheidung von Harnsäure eine grosse Rolle spielt.

Anomalieen in der Secretion der Geschlechtsdrüsen äussern sich beim Manne einestheils in überreicher Samenbildung, die zu zahlreichen Pollutionen führt, beim Weibe in entsprechender Eibildung und Eiabstossung, welche die sehr früh und sehr oft eintretenden Monatsflüsse bedingt; anderentheils ist die Samenbereitung spärlich, der Geschlechtstrieb träge, beim Weibe sind die Menses seltener, mit geringen Blutverlusten verbunden und gehen endlich in Amenorrhöe über. Endlich kommt auch hier beim Manne Bildung abnormer Samenflüssigkeit (zu dünn, arm an ausgebildeten Spermatozoën und festen Bestandtheilen etc.) oder beim Weibe Secretion nicht entwicklungsfähiger Eier vor; oder die Eier entwickeln sich in einer ihnen eigenen Richtung: die

Individuen, welche aus ihnen hervorgehen, sind den Eltern unähnlich, schlagen aus der Art.

8. Mannigfaltig sind die Entartungen, in denen sich Ernährungsstörungen kund thun: zunächst eine gewisse Dicke, Schwellung und Abschilferung (Pityriasis) der Epidermis, die allgemein oder auf gewisse Stellen z. B. die Kopfhaut, Fusssohlen, Handteller, das Gesicht beschränkt ist, eine abnorme Pigmentirung oder eine abnorm zähe oder hinfällige Bildung derselben; die Haut erscheint dann wie mit Platten bedeckt, wund, roh. (Ichthyosis, Cornea humana, Intertrigo). Sodann ist Dicke und Schwellung oder Zartheit, ferner Fehlen der Cutis (Mal perforant du pied) zu nennen, endlich die eigentlichen Hautkrankheiten (Lichen, Prurigo, Psoriasis, Herpes, Zoster, Pemphigus etc.), die sich zumeist als vom Nervensystem abhängig erweisen. Auch die Furunculosis und Carbunculosis sind hierher zu rechnen. Ferner zeigt sich übermässige resp. abnorm schwache Haarentwicklung, endlich abnorme Bildung (Büschelhaar etc.) und Färbung des Haars. Grosse, breite, dicke Nägel sind ebenso wie kleine, kurze, dünne oder leicht brüchige, spröde, quer gerillte, eingewachsene etc. Nägel häufige Befunde, ebenso vorzeitige oder späte Entwicklung, fehlerhafte Bildung der Zähne. Endlich hat Beard speciell frühzeitige Caries der Zähne als ein Hauptsymptom ausgesprochener Neurasthenie bezeichnet.

Entsprechende Entartungen documentiren sich in einer gewissen Massigkeit und Plumpheit der Extremitätenknochen, besonders der Hände und Füsse, in abnormer Länge derselben (Akromegalie und Riesenwuchs), Hypertrophie des Gefässsystems, des Fettgewebes (Panniculus adiposus), ebenso in abnormer Dünnheit und Kürze der Knochen (Zwergwuchs), Enge, Dünnwandigkeit, leichte Erschlaffung des Herzens, Welkheit der Formen nach Schwund des Fettpolsters. Als weitere Ernährungsstörungen sind die Erkrankungen der Knochen, als Osteomalacie, Rhachitis, Caries etc., im Gefässsystem Endarteriitis, atheromatöser Process, Cirrhose, ferner beim Bindegewebe Sklerodermie, Myxoedem anzuführen.

Charakteristisch für neurasthenische Constitution sind die mannigfaltigen Stigmata hereditatis seu degenerationis (cf. § 140, 1), auf Grund deren man berechtigte Schlüsse auf die Natur der Eltern machen kann. Merkwürdig ist es, dass sich diese Entartungen ebenso wie die sensiblen und motorischen Störungen vorzugsweise links finden. Dieselbe Vorliebe zeigt das Koloboma iridis, der Katarakt, die Hemiatrophia facieï, die Hasenscharte.

9. Die Körpertemperatur ist bei nervösen Leuten durchschnittlich höher oder niedriger als die normale. Die höheren Temperaturen

finden sich dabei mehr bei den hypertrophischen, üppigen, die niedrigeren bei den schlaffen, hypotrophischen Naturen.

10. Was den Schlaf anlangt, so kommen sowohl schlafsüchtige Zustände, bei denen 10 und mehr Stunden täglich zum Schlafe gebraucht werden, vor, als auch solche, bei denen nur 6 Stunden oder weniger Schlaf vorhanden ist, endlich seltener, aber doch zeitweise vollständiger Schlafmangel (Agrypnie); oder der Schlaf ist in seiner Form abnorm, leise, leicht unterbrochen oder tief, soporähnlich oder endlich mehr ein Zustand von Somnambulismus.

11. Zum Schluss ist noch ein charakteristisches Verhalten der Neurastheniker gegen elektrische Erregung zu nennen, die Neurosis elektrica. Sie offenbart sich dadurch, dass zu gewissen Zeiten, bei Kälte und hohem Barometerstand, besonders bei Ost- und Nordostwind, der Körperoberfläche der betreffenden Personen elektrische Funken zu entlocken sind. Schon ganz schwache galvanische Ströme, die von Anderen kaum gefühlt werden, belästigen solche Personen bedeutend, und starke Magnete über das Haupt, über den Nacken gehalten rufen bei ihnen Unbehagen, Unruhe, Schwindel hervor, während sie sonst keinen Einfluss auszuüben scheinen (Arndt l. c. p. 103 f.).

b) Psychische Störungen.

§. 511.

1. Die Anomalieen der psychischen Sphäre äussern sich in mehr oder minder rascher, leichter Verstimmung und zwar vorzugsweise depressiver Art. Der Betreffende wird missmuthig, verdriesslich, reizbar, heftig, ungerecht. Der einfachste Ausdruck dieser dysthymischen Verstimmung ist die Empfindlichkeit. Diese Stimmung ist aber nicht immer vorhanden, sie entwickelt sich nur sehr leicht aus kleinlichen Anlässen. Ein unbedeutender Umstand ruft den Affect hervor und verursacht Gemüthsbewegungen von enormer Dauer und Stärke: eine leichte Indisposition, die Periode oder blosser Witterungswechsel trübt die Stimmung durch das Zwischenglied der Neuralgie. Die Folge davon ist ein labiles Gleichgewicht des Gemüths, ein ungleiches, wechselvolles, launenhaftes Wesen, und mit Recht gilt dieses als pathognomonisch für hohe Nervosität; dabei besteht fast immer Krankheitseinsicht. Das Gefühl allgemeiner Ermüdung und die als drohende, schwere, körperliche oder psychische Krankheit gedeuteten körperlichen Empfindungen beeinflussen das Vorstellen, hemmen das folgerichtige Denken und den freien Willen, sodass es zu vollständigen Zwangsvorstellungen kommt. Diese Vorstellungen wirken wiederum ihrerseits auf das Gemüth ängstigend, auf den Denkprocess verwirrend, auf den Willen lähmend, auf die körperlichen Functionen störend ein. Diesen

Gefühlen entspringt ebenso oft grosse Niedergeschlagenheit, selbst Verzweiflung, als auch eine Neigung zu Zornausbrüchen und gewaltthätigen Handlungen, die nach Beard wegen ihrer Häufigkeit auch ein charakteristisches Zeichen von Neurasthenie sind.

2. Im Gegensatz dazu kommt bisweilen eine hyperthymische Verstimmung vor, deren Wesen unmotivirte Heiterkeit bis zur Ausgelassenheit ist. In diesen Erregungszeiten, in denen sich leicht bedenkliche Gelüste, Triebe und Impulse ausbilden, zeigt sich auf dem Gebiete des Vorstellens leichte Erregbarkeit bis zu Hallucinationen, ungemeine Schnelle der Associationsvorgänge. Die reizbare Schwäche hindert aber die Erreichung von Resultaten wegen der Unfähigkeit zu einem anhaltenden, intensiven Denken. Alle Eindrücke werden nur schwach empfunden, gehen schnell vorüber und können daher kein tieferes Gefühl erzeugen.

3. Eigentliche Anaesthesieen in der psyschischen Sphäre kommen bei Neurasthenie nicht leicht vor. Man könnte höchstens dazu jene Zufriedenheit, Genügsamkeit und selbst Glückseligkeit zählen, die man bei einzelnen Individuen, ja ganzen Familien und Völkerschaften findet, welche, durch resultatlose Arbeit und Anstrengung im Kampfe um das Dasein ermüdet und an Körper und Geist gebrochen, dahin vegetiren. Im Zusammenhange damit steht die Interesselosigkeit, Gemüthslosigkeit, der kalte Egoismus, den man bei derartigen Leuten gewöhnlich findet (Arndt l. c. p. 59). Häufiger sind Alterationen in der Gefühlssphäre zu beobachten.

4. Eine Störung der ästhetischen Gefühle zeigt sich einestheils in dem leichten Entzücktwerden über mittelmässige Kunstproducte, in der sogenannten Kunstschwärmerei, andererseits in der Stumpfheit und Gleichgültigkeit gegen alle Kunstwerke, oder endlich in einer mehr oder weniger ausgeprägten Geschmacklosigkeit und Bizarrerie in ästhetischer Hinsicht.

5. Besonders auffallend sind die ethischen und moralischen Sonderbarkeiten und Verschrobenheiten, welche sich schliesslich fixiren, die Lust an Lug und Trug, die Schadenfreude, der Neid, die Missgunst, die unmotivirten Sympathieen und Antipathieen für Thiere und Personen. Auch bei den psychischen Gefühlen können partielle Hyperästhesieen neben partiellen Anästhesieen vorkommen, ebenso wie man es mitunter bei den rein sinnlichen beobachtet. So ist z. B. oft hohe intellectuelle Begabung vorhanden, der Sinn dagegen für Recht und Sitte fehlt so gut wie ganz; oder der Sinn für Musik kann ein hervorragender sein, in Bezug auf Malerei aber und selbst Farbenzusammenstellung besteht grosse Geschmacklosigkeit. Andere wieder besitzen bei aller Begabung für Sprachen auch nicht die geringste für Mathematik.

Man nennt solche Begabung für gewöhnlich eine einseitige. Ganz gewöhnlich ist es, dass, wo jene Gefühlsstörungen vornehmlich auf ethischem Gebiete sich finden, auch das Geschlechtsleben anomal geartet ist.

6. Als Summe aller dieser Gefühle ergiebt sich das Gemeingefühl, oder wie Arndt (l. c. p. 66) es nennt, das Persönlichkeits-, Selbst- oder Ichgefühl. Dasselbe kann sehr hoch gespannt sein, es besteht dann mehr oder minder grosse Selbstüberschätzung, die fast immer mit Empfindlicheit verbunden ist und besonders durch die leicht verletzte Eitelkeit sich charakterisirt. In anderen Fällen wieder zeigt sich die Störung in einer Verminderung des Selbstgefühls, in Unentschlossenheit, Zaghaftigkeit, Kleinmuth und ganz charakteristischem Misstrauen in das eigene Können, endlich sogar in völliger Gleichgültigkeit gegen Alles, was die eigene Persönlichkeit betrifft. Nur bei Schwerkranken kommt endlich Verleugnung der wirklichen und Vorspiegelung einer anderen Persönlichkeit vor. Entweder erhöhen die betreffenden Kranken den Rang und die Stellung ihres Vaters etc., oder sie äussern sich in cynischer Weise über Sachen, die ein gesunder und feinfühliger Mensch der Oeffentlichkeit verschweigt. Auch hier muss man stets daran denken, dass dieses nicht auf Verlogenheit und Heuchelei oder Charakterfehlern beruht, sondern auf organischen Mängeln, deren Ausdruck eben die Neurasthenie ist.

7. Wie das Selbstbewusstsein, so bleibt auch das Bewusstsein überhaupt nicht ohne Schädigung: es kommen Träumereien, Zerstreutheiten, ein Versenken in sich selbst, sogar Dämmerzustände, wenn auch nur von kurzer Dauer, vor und bilden ebenfalls ein untrügliches Kennzeichen der Neurasthenie.

8. Im Zusammenhange damit ist das Gedächtniss der Neurastheniker gewöhnlich schwach und ungetreu, ihre Reproductionen ungenau, die Erzählungen ihrer Erlebnisse wenig zuverlässig und zu verschiedenen Zeiten verschieden, sodass solche Individuen mit gutem Gewissen heute beschwören, dass sich etwas so, und morgen oder in 8 Tagen, dass es sich anders verhalten habe (ibid. p. 68).

9. Zu erwähnen ist noch die bei Neurasthenikern so häufig vorkommende ausgesprochene Sucht nach Reizmitteln, wie Alkohol, Thee, Kaffee, Tabak, Morphium, Opium etc. Trotzdem sie dieselben meist schlecht vertragen, gewöhnen sie sich leicht an diese Reizmittel, weil sie bei ihrer geistigen Widerstandslosigkeit auf jedes Gefühl des Unbehagens stärker reagiren und dafür Abhülfe von dem oft bewährten Mittel erwarten. Auf diese Weise fallen sie dem Alkoholismus, Morphinismus etc. zum Opfer.

Andere Kranke besitzen Idiosynkrasieen für gewisse Reizmittel, sodass z. B. bei ihnen der Genuss von Opiumpräparaten den

Schlaf noch vermindert. Besonders charakteristisch aber ist für die Nervenschwäche, wenn früher gewohnte Quantitäten Alkohol nicht mehr vertragen werden, sondern schon gegen kleine Dosen ausgesprochene Intoleranz sich zeigt; umgekehrt können auch in nervösen Zuständen grosse Quantitäten ertragen werden.

10. Auf neurasthenischer Basis können sich eine Reihe von Seelenzuständen entwickeln, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit in der zwangsweisen Ueberwältigung der psychischen Persönlichkeit durch unwiderstehlich sich ihr aufdrängende Vorstellungen, Gefühle und Impulse besteht (Kraepelin l. c. p. 378). Das Individuum ist nicht mehr im Stande, den Verlauf seiner Vorstellungen nach inneren Motiven zu dirigiren und unangenehme Gefühle oder Antriebe im Entstehen zu unterdrücken. Regelmässig ist dabei volle Besonnenheit und Einsicht in die Störung, sowie ein äusserst peinliches Gefühl jenes Zwanges und jener Unfähigkeit vorhanden.

Die einfachsten Formen dieser Störung sind jene, in denen bestimmte Vorstellungen in unablässiger Wiederkehr sich dem Kranken aufdrängen und auf diese Weise die freie Beweglichkeit seines Ideenverlaufes beeinträchtigen. Diese Zwangsvorstellungen sind weniger ihres Inhalts wegen peinigend (derselbe ist oft ganz gleichgültig), als vielmehr wegen ihrer häufigen und stetigen Wiederholung bei jeder Gelegenheit. In anderen Fällen ist nur die allgemeine Richtung des Gedankenganges durch den krankhaften Zwang beeinflusst. Es treten bei jedem beliebigen Anlasse massenhafte, zwecklose, oft unsinnige oder alberne Fragen im Bewusstsein des Patienten auf, die derselbe vergebens zu unterdrücken sucht. Häufig beschäftigen sich diese Fragen mit religiösen, philosophischen oder metaphysischen Dingen. Oder es geben auch irgend welche Gegenstände im Zimmer oder sonst wo, auf die der Blick des Patienten zufällig sich richtet, demselben Ursache zu allen möglichen unnützen Zwangsfragen. Man bezeichnet diese Form der Störung gewöhnlich mit dem Namen der Grübelsucht (siehe §. 61).

Sehr häufig sind mit diesen Zuständen gewisse Furcht- und Angstgefühle verbunden, die nachher von lebhaften Unlustgefühlen begleitet sind. Unter den Zuständen von Beklommenheit und Angst sind namentlich die durch gewisse äussere Veranlassungen hervorgerufenen merkwürdig. Haben dieselben eine gewisse Höhe erreicht, so gesellen sich regelmässig zu ihnen Schwindelgefühle, die durch subjectiv auftretende Drehbewegungserscheinungen charakterisirt sind.

Die Höhenangst, die Akrophobie, gewöhnlich Höhenschwindel genannt, ist das Prototyp derselben. Bei Manchen tritt sie als Bathophobie gerade unter umgekehrten Verhältnissen auf, bei welcher die Betheiligten fürchten, die Berge werden auf sie herabfallen, die Häuser,

die Kirchthürme auf sie niederstürzen etc., bis sie selbst, von Schwindel erfasst, dieselben um sich herumtanzen und auf sich hereinbrechen sehen. Wieder bei Anderen entsteht Angst, wenn sie über grosse Plätze oder durch weite Räume gehen wollen, die keine fixen Augenpunkte bieten, Agoraphobie, oder wenn sie in engen oder verschlossenen Räumen sich aufzuhalten gezwungen sind, Claustrophobie. Man hat je nach der Veranlassung zu dieser Angst sehr zahlreiche eigenartige Angstzustände aufgestellt. So giebt es nach Beard eine Monophobie, die Furcht allein sein zu müssen; derartige Personen sind bisweilen nicht im Stande, allein das Haus zu verlassen, sondern müssen stets Begleitung haben. Sodann giebt es eine Anthropophobie, die Furcht mit anderen Menschen zusammen sein zu müssen, Astrophobie, die Furcht vor dem Blitze oder vor dem Gewitter überhaupt, die Mysophobie oder Rupophobie, die Furcht vor Verunreinigung, Siderodromophobie, die Furcht auf der Eisenbahn zu fahren (besonders bei Beamten infolge eines Shocks oder der Jahre langen Einwirkung des Schüttelns und Lärmens auf das hereditär schwache Nervensystem). Mendel spricht von einer Hipposiderodromophobie, der Furcht, die Pferdebahn zu benützen. Ferner giebt es die Nyktophobie, die Furcht vor der Nacht, und die Pantophobie, eine Furcht vor Allem, d. i. eine allgemeine Aengstlichkeit, die sich z. B. in steter Furcht vor einer unbestimmten Gefahr, vor Gespenstern, unheimlich waltenden Kräften etc. kundgiebt. Die Pathophobie, die Furcht krank zu werden, ist von der Hypochondrie verschieden, der Hypochonder fürchtet nicht, krank zu werden, sondern glaubt schon, krank zu sein, auf Grund entsprechender Empfindungen und Wahrnehmungen, die sich vorzugsweise auf die intestinale, viscerale und sexuale Sphäre beziehen. Daher ist auch jeder Neurastheniker mehr oder weniger ein Hypochonder, und die Hypochondrie ist ein Cardinalsymptom der Neurasthenie. Ueberhaupt können bei nervenschwachen, ängstlichen Leuten durch allerhand äussere Einflüsse und durch die verschiedenartigsten Vorstellungen Angstzustände hervorgerufen werden, welche ganz unwillkürlich eintreten und die oft, trotz alles Bemühens, sie los zu werden, indem man durch sogenannte Vernunftgründe sie zu verscheuchen sucht, sich nur noch weiter ausbilden und erst nachlassen und verschwinden, wenn die Ursachen in Wegfall kommen, durch welche sie ins Leben gerufen werden. Die fraglichen Angstzustände erweisen sich somit als Zwangsvorstellungen, für welche das betreffende Individuum zunächst nichts kann, und die am allerwenigsten etwas mit den blossen Einbildungen zu thun haben, wie Laien oft glauben. Nehmen diese Angstzustände an Stärke und Dauer zu, so führen sie auf das Gebiet der Psychosen hinüber und auf diesem zu den schwersten Zuständen, welche wir in dieser Art kennen.

V. Verlauf der Neurasthenie.

§. 512.

Die Bilder und Erscheinungen der Neurasthenie sind so mannigfaltig, dass kein Fall dem anderen genau gleicht, sondern jeder hat seine besonderen Eigenthümlichkeiten, wenn auch alle wieder etwas Gemeinsames verbindet. Immer ist der Verlauf ein langwieriger, schleppender, doch niemals ein gleichmässiger. Exacerbationen wechseln mit Remissionen, die Wochen selbst Monate und Jahre anhalten können.

Viel trägt dazu der Wechsel der Witterung bei. Die meisten Neurastheniker können ein kaltes, besonders nasskaltes Klima nicht vertragen; sie befinden sich im Sommer und Winter entschieden besser als in den Uebergangs-Jahreszeiten, dem Herbst und dem Frühling; doch giebt es eine Anzahl neurasthenischer Individuen, die sich gerade im Sommer mehr oder minder unpässlich fühlen.

In ähnlicher Weise äussert sich die Lebensweise. Die meisten Neurastheniker vertragen auf die Dauer weder Kaffee und Thee, noch die Spirituosa, selbst wenn sie eine ausgesprochene Vorliebe für sie haben, nicht gut. Ebenso wenig ist für sie eine schwere Kost zuträglich; Hülsenfrüchte, Erbsen, Bohnen, Kohl, Rüben, viel Fleisch verursachen ihnen leicht Beschwerden.

Endlich giebt es gewisse Phasen in dem Leben jedes Einzelnen, in denen er empfänglicher für alle Reizeinwirkungen ist als gewöhnlich, Phasen die beim gewöhnlichen Menschen rasch vorübergehen, beim Neurastheniker aber sich sehr ausdehnen und daher die Vulnerabilität desselben schädlichen Einflüssen gegenüber erheblich steigern. Solche Perioden sind die beiden Dentitionen, die Pubertät, die Involution. Die Ungleichmässigkeit im Verlaufe der neurasthenischen Zustände und namentlich ihre häufig Jahre lange Verschlechterung findet durch sie wenigstens ihre theilweise Erklärung. Denn während die Neurasthenie eine allgemeine Schwäche des Nervensystems darstellt, ist es für sie besonders charakteristisch, dass die Symptome regelmässig nur in einzelnen Organen auftreten. Die Extremitäten können von hochgradigen Störungen heimgesucht sein, während die Sinnesorgane vorzüglich functioniren; bei tief deprimirter Stimmung, in den mannigfachsten Aeusserungen der Furcht können der Magen und die Muskeln zu erstaunlichen Leistungen fähig sein, oder neben allgemeiner, körperlicher Schwäche ist der Geist frisch, lebhaft und ungewöhnlich productionsfähig. Ganz besonders aber ist für die Neurasthenie pathognomonisch, dass die verschiedenen Symptome einem mannigfachen, äusserlich durchaus unmotivirten Wechsel unterworfen sind. Einzelne Störungen können bis zu gefährlichster Höhe

anwachsen und plötzlich verschwinden, um nie wiederzukehren, andere können periodisch in verschiedener Stärke auftreten, wieder andere können in einer gewissen Reihenfolge die verschiedenen Organe befallen und bald hier bald da zunehmen oder abnehmen oder ganz ausbleiben. Manchmal scheint es, als ob die neurasthenischen Erscheinungen ganz der Abnutzung des ermüdeten Nervensystems folgen, dass auf eine Zeit der Erregung in der Jugend eine Epoche der Erschlaffung in vorgerücktem Alter folgt. Doch kann der erste Zustand in wechselnder Intensität und mit vielen Intermissionen und Exacerbationen bis zum späten Alter sich hinziehen, oder der zweite kann schon in jungen Jahren sich einstellen und zu einem frühzeitigen Abschluss des Lebens führen. Sehr häufig jedoch scheint die Neurasthenie verschiedene Stadien zu durchlaufen, wie sie in der Symptomatologie bei den verschiedenen Lebensaltern geschildert werden (Arndt, l. c. p. 139—170).

VI. Diagnose und Differentialdiagnose der Neurasthenie.

§. 513.

Die Unterscheidung der Neurasthenie von den organischen Erkrankungen des Gehirns, Rückenmarks, der peripherischen Nerven ist ebenso schwierig wie bedeutungsvoll, da von der richtigen Entscheidung oft die ganze Zukunft des Patienten abhängt. Die Symptome sind im Einzelnen zur grossen Mehrzahl dieselben, und so kann nur die Beziehung der Symptomengruppen zu einander und ihre Entwicklung im Verlaufe der Krankheit einen sicheren Anhalt für die Diagnose abgeben. Es muss daher vor Allem Gelegenheit gegeben werden, den Patienten sorglich zu beobachten und zu studiren.

A. Die Neurasthenie unterscheidet sich von den organischen Nervenerkrankungen (cf. Beard-Neisser l. c. p. 76 f.):

1. Durch besondere neurasthenische Symptome, nämlich durch allgemeines oder localisirtes Jucken, Kitzlichkeit, Empfindlichkeit der Kopfhaut, der Zähne, des Zahnfleisches, Erröthen und Rathlosigkeit, zittrigen Puls ohne Herzkrankheit, Migräne, Idiosynkrasie gegen Nahrung und Arznei, krankhafte Sucht nach Alkohol und Stimulantien, Hoffnungslosigkeit und krankhafte, grundlose Furcht vor schwerer Erkrankung.

2. Die beiden Formen gemeinsamen Symptome wie Rückenempfindlichkeit, bohrende, schiessende Schmerzen, Herzpalpitationen, schlechter Schlaf, Gedächtnissschwäche, sexuelle Erschöpfung, Depression, Schwere im Kopf, Störungen der Sinnesorgane, Hyper- und Anästhesieen, Muskelzuckungen sind bei der

Neurasthenie	organ. Nervenerkrankung
flüchtig, vorübergehend, wiederkehrend und den Ort wechselnd;	fest und stetig (veränderlich nur in der Intensität).
3. Die Reflexthätigkeit ist	
meist vermehrt;	vermindert.
4. Die Constitution ist	
als nervös documentirt durch Degenerationszeichen;	verhältnissmässig kräftig.

B. Unterscheidung (cf. Beard-Neisser l. c. p. 86) zwischen

Neurasthenie	Anämie
1. Vorkommen	
a) relativ seltener bei Frauen;	a) häufiger bei Frauen;
) zwischen 15—60 Jahren;	b) in allen Lebensperioden;
c) bei nervöser Constitution	c) auch bei tuberculöser, rheumatischer u. a. Diathese;
d) unabhängig von organischer Krankheit;	d) häufig in Verbindung mit organischer Krankheit.
2. Symptome.	
a) geistige Depression	
habituell;	nicht häufig;
b) geistige Anstrengung	
(bei Cerebrasthenie) mehr	weniger
erschöpfend als körperliche Anstrengung;	
c) Herzgeräusche	
keine;	wahrnehmbar an der Basis, über den grossen Arterien, Carotiden, Subclavia etc., Venenschwirren am Halse;
d) Puls	
voll oder normal, zuweilen sehr schnell oder sehr langsam;	klein, schwach, compressibel;
e) Kreislaufstörungen	
wechselnd, nicht nothwendig.	stets vorhanden, gewöhnlich mit Kälte der Extremitäten.
3. Besserung	
allmählich	schnell
durch Arzneimittel,	
die auf Nerven	die auf Blut
wirken.	
Fett, Tonica, Sedativa.	Beseitigung d. organischen Ursache.

C. Von Syphilis unterscheidet sich die Neurasthenie (cf. ibid. p. 89) durch:

1. die Anamnese;
2. specifisch syphilitische Symptome;
3. Ergebniss der antisyphilitischen Kur.

D. Unterscheidung (cf. ibid. p. 88) zwischen

Neurasthenie	Hysterie
1. Vorkommen	
a) häufiger bei Männern;	a) häufiger bei Frauen;
b) bei geistiger Disciplin und Intelligenz;	b) bei ungeregelter Geistesthätigkeit;
c) stets mit körperlicher Schwäche.	c) als psychische Alteration bei gesundem Organismus.
2. Symptome	
a) gemässigt, mehr ruhig, passiv;	a) acut, intensiv, activ;
b) keine Convulsionen;	b) Convulsionen und Paroxysmen;
c) Ovarienempfindlichkeit und Anfälle von Anästhesie weniger häufig und weniger permanent.	c) Ovariale Empfindlichkeit und Anfälle allgemeiner und localer Anästhesie, Globus hystericus.
3. Heilung	
allmählich durch combinirte hygienische und objective Behandlung.	plötzlich möglich unter rein psychischer Behandlung.

VII. Prognose und Ausgänge.

§. 514.

In der Mehrzahl der Fälle von Neurasthenie ist Heilung, mindestens bedeutende Besserung zu erwarten, selbst bei erblicher Belastung, sei es dass die Krankheit selbst oder nur die Disposition dazu vererbt ist. Jedoch ist, je deutlicher die Heredität hervortritt, die Besserung desto schwieriger und Rückfälle häufiger.

Die Ausgänge der Neurasthenie sind ihren wechselnden Erscheinungen entsprechend sehr mannigfaltig. Sehr häufig geht sie theils plötzlich, theils allmählich in Dysthymie über (vgl. Neurasthenische Dysthymie §. 259). Besonders verfallen Frauen, welche erschöpfende Krankheiten, zahlreiche Geburten u. a. überstanden haben, dieser Form der Geistesstörung. Ebenso häufig verfallen besonders männliche Neurastheniker dem Alkoholismus und dem chronischen Missbrauch von Opium und anderen Narkoticis und gehen daran körperlich und geistig zu Grunde. Nur bei lange vernachlässigten Fällen von Neurasthenie können sich Symptome der Basedow'schen und Bright'schen Krank-

heit, Lähmungen und organische Krankheiten des Rückenmarks oder der Genitalorgane etabliren. Letztere zeigen sich bei Männern als Irritabilität der Prostata und Pars prostatica urethrae, bei Frauen als solche des Collum uteri und der Ovarien (dieselben Zustände können auch Ursache der Neurasthenie sein). Doch verschwinden sie ebenso wie die erstgenannten Symptome leicht bei entsprechender, sachverständiger Behandlung (cf. Beard-Neisser l. c. p. 101 f.).

VIII. Therapie der Neurasthenie.

§. 515.

Um erfolgreich zu sein, muss die Behandlung ebensowohl die constitutionellen, als die örtlichen Krankheitserscheinungen bei ihren Exacerbationen berücksichtigen, sie muss, je nach dem wechselnden Charakter derselben, den Bedürfnissen angepasst, die Medicamente müssen abgeändert oder ausgesetzt werden. Stets sind die arzneilichen Anordnungen mit hygienischen zu verbinden (cf. Laufenauer l. c. und Arndt l. c. p. 209 f.).

1. Hygienische Behandlung. Sie ist, wo Verdacht auf Vorhandensein der Neurasthenie durch einzelne Symptome erregt wird, schon in den ersten Lebenstagen bei Kindern zu beginnen, und es ist Alles fernzuhalten, was die gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems unterhalten und vermehren kann, vor Allem ist für gesundheitsgemässe Lebensbedingungen zu sorgen, und es sind verständige hygienische Anordnungen in Bezug auf wohltemperirte Wohnung, passende Kleidung u. s. w. zu treffen. Am zweckmässigsten ist ein die Mitte zwischen Verweichlichung und rücksichtsloser Abhärtung einhaltendes Verfahren.

Besondere Berücksichtigung erfordern die Dentitionen, während deren Dauer die Kinder, wegen der grossen Convulsibilität, mit grosser Schonung zu behandeln sind. Haben die Kinder den Zahnungsprocess überstanden, zeigen sie sich aber schwächlich, so sind, um sie gegen atmosphärische Einflüsse widerstandsfähiger zu machen, nicht sowohl kalte Abreibungen, als vielmehr kalte Waschungen mit einem temperirten Wasser zu empfehlen, namentlich Abends vor dem Schlafengehen, wonach die Kinder oft ausgezeichnet schlafen. Auch warme Bäder, Soolbäder, Seifen- und Kleiebäder sind stets von Nutzen.

2. Diät. Bei der Ernährung gilt es zu individualisiren und etwaige Idiosynkrasieen zu berücksichtigen, damit das Hauptziel der gesammten Therapie der Neurasthenie, die Kräftigung des Organismus, vorzüglich des Nervensystems erreicht wird.

Kindern, welche keine Milch vertragen, gebe man statt derselben Korn-, Gersten- oder Eichelkaffee, welche entschieden vor dünnem

Kaffee mit Milch oder vor Cacao den Vorzug verdienen; ferner rohe oder weich gekochte Eier, am besten in der Form, dass das Eigelb geschlagen und mit etwas Weisswein und Zucker abgeschmeckt wird. Dringend ist vor gewürzten Speisen und vor Ueberfütterung solcher Kinder zu warnen, weil Indigestionen aller Art die unausbleiblichen Folgen sind.

Besondere Sorgfalt ist bei der Ernährung darauf zu richten, dass Amylaceen, Albuminate und Fette in einem der Individualität möglichst entsprechenden Verhältnisse zu einander stehen. Auch darf, selbst wenn schwere nervöse Dyspepsie vorhanden ist, die Diät nicht allzu knapp sein. Wenn der Magen schwach und die Erschöpfung gross ist, so ist die Ernährung per rectum angezeigt; zur Injection kann defibrinirtes Blut, Milch und Fleischsaft benutzt werden. Eine reichliche oder ausschliessliche Milchdiät ist zuweilen bei bettlägerigen Kranken ganz unschätzbar (vgl. unten Nr. 13 Weir-Mitchell-Kur). Endlich ist es, zumal bei grosser Magenschwäche, sehr zweckmässig, in kürzeren Zwischenräumen wiederholt kleine Portionen von Nahrung zu verabreichen, was die Verdauung erheblich erleichtert.

Nicht selten kommen bei Neurasthenikern Idiosynkrasieen gegen gewisse Speisen, wie Mohrrüben, Linsen, Erbsen, Bohnen vor. Derartige Abneigungen sind zu berücksichtigen und nicht als Einbildungen oder als blosser Ausdruck übler Gewohnheit und Mangel an Selbstüberwindung anzusehen. Ihre mit Gewalt und Strenge versuchte Abgewöhnung erfolgt stets unter schwerer Schädigung des Ernährungszustandes.

Manche Individuen vertragen Fleisch, wenigstens als ständige Nahrung, nicht. Für diese schwinden bei vegetarischer Lebensweise ihre Beschwerden vollständig. Andere wieder mögen keine Fette, wieder Andere können nicht genug von denselben verzehren: trotzdem sind erstere oft sehr dickleibige, letztere ausgesprochen magere Personen (Arndt l. c. p. 227).

Besondere Vorsicht ist bei der Verordnung von Alkoholicis anzuwenden. Bei neurasthenischen Kindern ist ein regelmässiger, sei es auch nur löffelweiser Genuss von Bier und Wein zu verwerfen, weil er stets schädliche Folgen hat. Bei den oft periodisch wiederkehrenden dyspeptischen Zuständen solcher Kinder erweisen sich jedoch aromatische Substanzen bei gleichzeitiger Beschränkung der Diät als vortheilhaft, und vorzugsweise ist ein guter Rothwein, den man mit einigen Tropfen Tctr. cortic. Aurant., Rhei vinos. oder Chinae comp. versetzen kann, empfehlenswerth.

Verderblich ist für Neurastheniker, vorzüglich für jüngere, reizbare, widerstandslose, der lange fortgesetzte, regelmässige Gebrauch der gewöhnlichen Genussmittel, wie des Kaffees, Thees, Biers, Weins und besonders

des Tabaks. Wenn auch nach längerer Gewöhnung anscheinend Geist und Körper keine Einbusse erlitten haben, so machen sich schliesslich doch die cumulativen, üblen Wirkungen dieser Gifte geltend.

Bei der Neigung der Neurastheniker zu Obstipationen ist die Sorge für regelmässige Leibesöffnung besonders wichtig. Eine frühzeitige Gewöhnung, zu einer bestimmten Zeit täglich seinen Stuhlgang zu verrichten, ist oft für das ganze übrige Leben heilsam. Wenn späterhin Obstructionen auftreten, so sind sie, neben der Wahl entsprechender Nahrungsmittel, mit Wasserklystieren von ca. 25⁰ C. und mit alkalisch-salinischen oder Glaubersalzwässern zu bekämpfen. Drastica sind jedenfalls für längere Anwendung zu vermeiden.

Gegen etwaige Hämorrhoiden mit Stuhlverstopfung empfehlen sich neben leichter Diät die kohlensauren Alkalien, wie die alkalisch-salinischen Wässer, vorzugsweise deshalb, weil sie die Fett- und vielleicht auch noch andersartigen, reizenden Säuren binden, welche sich in Jucken, Brennen, übelriechendem Nässen und dadurch erzeugten Entzündungserscheinungen lästig machen (l. c. p. 231).

3. Schlaf. Den Schlaf suche man auf alle Weise zu befördern und gebe bei kleinen Kindern unbedenklich gewissen Eigenheiten nach, sei es, dass sie nur bei tiefster Stille oder nur bei gedämpften Licht, oder nur, wenn sie Jemand in ihrer Nähe wissen, einschlafen können. Meist verlieren sich diese Eigenheiten ganz von selbst, und so ist es besser auf sie einzugehen, als sie mit Strenge abzugewöhnen, wobei es nicht selten zu Aufregungszuständen, selbst zu Krämpfen kommt. Besonders schwächliche und schlaffe Individuen lasse man so oft und so lange schlafen, wie sie nur wollen. Zur Beförderung des Schlafes sind dagegen ältere Kinder mit Strenge dazu anzuhalten, dass sie eine bestimmte Schlafenszeit innehalten und zur festgesetzten Stunde schlafen gehen. Schon einige Zeit vorher ist Alles zu vermeiden, was den Geist stärker erregen kann, z. B. die Phantasie zu sehr reizende Lectüre oder sonstige aufregende geistige Beschäftigung.

4. Vermeidung von Ueberanstrengung. Zu verwerfen sind bei noch nicht einjährigen, neurasthenischen Kindern die direct schädlichen Uebungen im Gehenlernen, wenn sie noch nicht so kräftig sind, sich auf den Beinen halten zu können. Später, während des Schulbesuchs, sind derartige Kinder vor frühzeitiger geistiger Anstrengung zu bewahren, zumal wenn sie sehr entwicklungsfähig und für ihre Jahre zu sehr vorgeschritten sind. „Der Reizung folgt Ueberreizung und dieser oft sehr rasch mehr oder minder tiefe Erlahmung.“ Alle Anstrengungen ihres Gedächtnisses, etwa durch Auswendiglernen von langen Gedichten, Sprüchen u. a. m. sind zu vermeiden oder möglichst zu beschränken (ibid. p. 224).

5. Strafen. Bei der Erziehung verdient auch das Gemüth neurasthenischer Kinder besondere Berücksichtigung. Da dieselben in der Regel sich sehr empfindlich, verstockt und störrisch zeigen, so sind sie mit grosser Geduld und Nachsicht und stets liebevoll zu behandeln. Wenn auch Strafen nicht ganz zu umgehen sind, muss man sich doch hüten, bei jeder Kleinigkeit zu strafen. Zu häufige und zu harte Strafen können die Kinder vollständig verderben und eine kranke Moral setzen, welche mit allen traurigen Erscheinungen einer Hebephrenie das ganze Leben des Betreffenden zu einem verfehlten macht.

6. Beschäftigung. Bei leicht erregbaren, nervösen Kindern ist vor einer Erregung oder Erhitzung der Phantasie durch abenteuerliche Erzählungen zu warnen. Dagegen ist der Zug zu allerhand Träumereien und Phantasieen, der solchen Kindern eigen zu sein pflegt, mit consequenter Strenge zu bekämpfen. Dies geschieht einmal durch Sorge für ausgiebigen Schlaf und zweitens bei Tage, um ihre Aufmerksamkeit zu fesseln, durch möglichst vielseitige Beschäftigung, besonders Spielen im Freien, in Gesellschaft anderer Kinder, mit welchen sie tüchtig umherlaufen. Noch energischer ist bei den im Jünglings- und beginnenden Mannesalter stehenden Neurasthenikern dem so häufigen Hange zu Träumereien, zu Grübeleien energisch zu steuern. „Die betreffenden Individuen müssen gewöhnt werden, in der Wirklichkeit zu leben, mit den Thatsachen des gesellschaftlichen Verkehrs zu rechnen und nicht mit blossen Möglichkeiten oder gar unerfüllbaren Wünschen.“ Daher sind solche Individuen vor dem Streben nach einem zu hoch gesteckten, allzu idealen Ziele zu bewahren, weil es ihnen zu grosse Opfer und Entbehrungen auferlegt und infolge der nicht ausbleibenden Enttäuschungen häufig zum Untergange, zum Selbstmorde führt (ibid. p. 233).

Daher müssen solche Personen soviel als möglich von dem Alleinsein abgehalten werden, sie müssen die Gesellschaft und den Umgang mit anderen Menschen aufsuchen und pflegen. Sie sollen viel körperliche Uebungen, wie Schwimmen, Turnen, Fechten, Reiten treiben; Erwachsene können ausserdem auf die Jagd gehen, Fussreisen machen, Bälle besuchen, auch mit gewissen Liebhabereien, mit Gartenarbeit, Bienenzucht, naturwissenschaftlichen Sammlungen, sich beschäftigen.

Weit besser aber als alle diese sogenannte Beschäftigung, welche leicht zu einem zweckvollen Herumbummeln wird, ist es, wenn man es ermöglichen kann, nervöse Personen zu einer regelmässigen Arbeit in einem bestimmten Berufe, am besten in einem Handwerk anzuhalten. Dadurch wird am ehesten ein regelmässiger, gesunder Schlaf erzielt, welcher die erste Bedingung bei Behandlung neurasthenischer Zustände ist.

7. Locale Behandlung. Bei einer grossen Anzahl neurasthe-

nischer Kranker kann Besserung oder Heilung nicht erzielt werden, bevor man nicht das örtliche Leiden, welches der Neurasthenie zu Grunde liegt und sie unterhält, beseitigt hat. Doch muss mit der localen die constitutionelle Behandlung Hand in Hand gehen, und beide sich gegenseitig ergänzen, denn in sehr vielen Fällen bleiben alle allgemeinen Symptome, trotzdem das örtliche Leiden geheilt ist, bestehen.

8. Klimatische Kur. Die erste Bedingung ist, dem überreizten Nervensystem Ruhe zu verschaffen, indem man die betreffenden Individuen aus ihrer bisherigen Umgebung, in der sie krank geworden sind, in eine andere versetzt, in der Alles von ihnen fern gehalten wird, was ihre Reizbarkeit hervorruft oder erhöht. Ob mit der Ortsveränderung eine völlige Isolirung des Kranken von seiner Familie, seinen Angehörigen und seinen Freunden nothwendig verbunden sein muss, ist nicht immer leicht zu entscheiden und hängt ausser von der Individualität des Kranken auch von dem Charakter der Verwandten und Freunde ab. Sehr zu empfehlen sind an Wald und vornehmlich an Nadelhölzern reiche Gegenden, der Seestrand oder auch eine Höhenregion. Arndt (l. c. p. 236) hat beobachtet, dass, je erethischer die Individuen sind, um so eher ein südliches oder ein Höhenklima (Riesengebirge, Thüringen, Schwarzwald, Voralpen) für sie passt; für Individuen mit mehr trägem Stoffwechsel und dadurch bedingter Torpidität scheint dagegen ein Aufenthalt in nördlich gelegenen Seebädern oder den hoch gelegenen Alpenkurorten vortheilhafter zu sein. Doch scheinen Höhenlagen über 3000 Fuss eine nachtheilige Wirkung auf das Nervensystem nach Beard's Angaben (l. c. p. 161) zu haben. Auf solcher Höhe tritt bei der Mehrzahl rasche Ermüdung und Neigung zu Kopfschmerz ein.

9. Bäder- und Hydrotherapie. Das Baden in den nördlichen Seebädern ist für schwächliche Personen, mag ihnen auch der Aufenthalt daselbst Nichts schaden, entschieden zu widerrathen. Dasselbe gilt von den Flussbädern, Wellen- und Sturzbädern überhaupt, nicht minder auch von den kalten Abreibungen, die für starke und gesunde Personen keine weiteren Nachtheile haben. Aus demselben Grunde ist nervösen Individuen auch von einer Kur in Kaltwasserheilanstalten abzurathen; denn meistens kommen sie aus diesen Anstalten in schlechterem Zustande heraus, als sie hineingeschickt wurden, und manche progressive Paralyse wurde in denselben beschleunigt und zum Ausbruch gebracht, welche in einer geschlossenen Irrenanstalt sicher nicht so schnell exacerbirt wäre.

Dagegen sind sehr zu empfehlen die warmen Bäder von 31—33° C., und, wenn der Aufenthalt an der See überhaupt gut bekommt, die warmen Seebäder. Auch warme Sool- und Moorbäder in Orten wie Kösen, Sulza, Salzungen, Wiesbaden, Nauheim, Baden-Baden etc. sind oft von bestem Erfolg.

In hohem Ansehen stehen auch mit Recht gegen allerhand nervöse Leiden die sogenannten Wildbäder, wie Wildbad, Teplitz, Gastein, Ragatz, dann Johannisbad, Badenweiler, Liebenzell u. a. m. und endlich die weniger indifferenten Thermen, wie Aachen, Burtscheid, Baden bei Wien, Warmbrunn, Landeck, Budapest.

Auch die örtliche Anwendung von Hitze und Kälte in Gestalt von Eisbeuteln resp. Heisswasserschläuchen auf die Wirbelsäule, den Nacken, Scheitel oder sonst wohin, ist bei einigen Formen der Neurasthenie von grosser Wirkung. Ueberhaupt stellen Hitze und Kälte, alternirend angewandt, ein vorzügliches Mittel localer Behandlung dar.

Sehr zweckmässig verbindet man mit der Ortsveränderung, der gehörigen Bewegung in frischer, freier Luft und den Bädern noch den Gebrauch der Elektricität und Massage, die aber beide sehr energische Mittel und daher nur von sachverständiger Hand anzuwenden sind.

10. Elektrotherapie. Die Elektricität kommt als allgemeine oder auch als örtliche Galvanisation und Faradisation zur Verwendung, und zwar wirkt die Anode erregbarkeitshemmend und daher beruhigend, die Kathode erregbarkeitsfördernd und daher reizend, aber im Weiteren überreizend und lähmend.

Will man, wie es meistens und zumal im ersten Stadium der Neurasthenie geschieht, beruhigend wirken, so wählt man zweckmässig wegen seiner das Centralnervensystem unmittelbar treffenden Wirkung den galvanischen Strom, und bringt die Anode centralwärts zur Geltung, die Kathode peripherisch, am besten nach dem Vorschlag Arndts (l. c. p. 242) als Fussschemel, Fusswanne. Handelt es sich darum zu reizen, wie im zweiten Stadium der Neurasthenie, so bringt man umgekehrt die Kathode beim galvanischen Strom centralwärts zur Anwendung und setzt die Anode peripherisch auf. Der Strom fliesst dann aufwärts. In diesem Fall muss der Strom verhältnissmässig schwach sein und häufig unterbrochen werden, während umgekehrt, will man die anelektrotonische Beruhigung haben, der Strom möglichst stark, möglichst lange und gleichmässig, d. h. ununterbrochen zur Anwendung kommt. Doch empfiehlt es sich bei Behandlung eines neuen Krankheitsfalles, bis man das Temperament und die Empfänglichkeit des Patienten kennen gelernt hat, stets mit ganz mildem Strome anzufangen und erst, falls der Patient es verträgt, die Stärke der Ströme entsprechend zu steigern, damit nicht eine Ueberreizung, die elektrische Neurose, entsteht.

„Will man mehr oberflächlich, besonders das Hautorgan und vielleicht erst durch dieses das Centralnervensystem und reflectorisch durch letzteres wieder andere Organe reizen, so wählt man den faradischen Strom.“ Soll die Anode vorzugsweise wirken, so wird die Kathode wieder am besten als Fussschemel etc. angewandt, die Anode

dagegen als feuchter Schwamm, mit dem man nach und nach den ganzen übrigen Körper bearbeitet. Bei vorgeschrittenen Anästhesieen würde man umgekehrt verfahren (ibid. p. 243 f.).

11. Hautreizungen. Als ein mechanisches Heilverfahren sind auch die Hautreizungen durch Vesicantien (ev. auch Baunscheidtismus) zu erwähnen, welche bei entsprechenden Fällen von nervösen Kopfschmerzen, Schwindel, spinaler Irritation etc. gute Resultate liefern. Ihre Wirkung kommt auf reflectorischem Wege zu Stande, oder sie ist eine psychische. Zu den Gegenreizen ist auch gelinde Kauterisation zu rechnen, sei es mit dem Paquelin'schen Apparat oder dem Höllenstein, und sie ist, geschickt angewandt, nicht im Entferntesten so schmerzhaft, wie allgemein geglaubt wird.

Was die Metallotherapie anbetrifft, die ebenso wie die Magnetotherapie seiner Zeit grosses Aufsehen erregte, so ist die Wirkung beider rein suggestiv, d. h. nicht das Metall als solches wirkt auf das krankhafte Nervensystem, sondern es ist jene Methode, jene ungewohnte Art wirksam, in welcher es geboten wird. Lediglich als ein psychisches Heilmittel kann dieses Verfahren in entsprechenden Fällen angewandt werden.

12. Massagekur. Auch bei Anwendung der Massage muss vor einer Ueberreizung gewarnt werden. Die Massage kommt in 4 Formen zur Anwendung:

1. als Effleurage, als sanftes Streichen mittelst der Finger und Fingerspitzen;
2. als Massage en friction, stärkeres Streichen und Reiben mit der flachen Hand;
3. als Tapotement, Klopfen und Erschüttern;
4. als Pétrissage, worunter man das Kneten und Walken, vornehmlich mittelst der Daumenballen, verbunden mit passiven Bewegungen versteht (Knetkur).

Besonders die beiden ersten Formen sind für neurasthenische Individuen geeignet. Die Operation des Massirens selbst kann $^1/_4$—$^1/_2$, selbst eine ganze Stunde dauern und täglich oder alle 2 Tage, entweder allein oder mit der elektrischen Behandlung zusammen oder alternirend angewandt werden (l. c. p. 244).

13. Weir-Mitchell-Kur. Eine andere Behandlungsmethode ist von Weir-Mitchell angegeben worden. Sie setzt sich zusammen aus der Isolirung der Patienten, gewissen Diätformen, vollständiger Bettruhe, Massage und Elektricität. Zwar werden diese Mittel vielfach einzeln angewandt, aber gerade die Combination dieser so verschiedenen Factoren ist es, welcher die Erfolge dieser Kur zuzuschreiben sind.

Die Isolirung ist nothwendig in allen jenen Fällen, in welchen durch gründliche Untersuchung erwiesen ist, dass die Neurasthenie sich nicht auf bestimmte Ursachen, wie Erschöpfung, Ueberanstrengung, Blutverluste, Dyspepsie etc. zurückführen lässt, sondern lediglich in psychischer Infection zu suchen ist. Gewöhnlich verschärfen Eltern oder Geschwister die Beschwerden der Kranken. Die Isolirung ist aber auch wirksam, wo ein ausserordentlich verwöhnter Kranke aus seiner Willenslethargie aufgerüttelt werden soll. Als Pflegerin ist stets eine dem Kranken fremde Person zu bestellen.

Das zweite Hauptprincip ist absolute Ruhe, d. h. ununterbrochen 6—8 Wochen und länger fortgesetzte Bettruhe. Die Patienten dürfen anfänglich, 4—5 Wochen nicht aufsitzen, müssen gefüttert und sogar Stuhlgang und Urin im Liegen gelassen werden; erst nach diesem Zeitraum darf der Patient im Bett sitzen, selbstständig essen und demnächst auch ausserhalb des Bettes einige Minuten aufsitzen. Eine Woche später wird ihm gestattet, zweimal des Tages aufrecht zu sitzen, und dies wird allmählich gesteigert, bis er nach 6—12 Wochen nur noch 3—6 Stunden tagsüber im Bett bleibt. So wird, um Rückfälle und die Wiederkehr des Gefühls schmerzvoller Ermüdung zu verhüten, der Uebergang zu normaler Thätigkeit ganz allmählich angebahnt. Um die mit einer so vollständigen Ruhe verbundenen Nachtheile, wie Atrophie der Muskeln, Verminderung des Appetits, des Stoffwechsels, der Circulation aufzuheben, dazu dienen die Massage und die Elektricität, über deren Anwendung und Wirkung das oben Gesagte gilt. Selbstverständlich muss man auch bei diesem Heil-Verfahren sehr individualisiren und unter Umständen Modificationen eintreten lassen, besonders was die Isolirung und Ruhe betrifft.

Von besonderer Wichtigkeit ist in den Fällen, wo es sich um Hebung des gänzlich gesunkenen Ernährungszustandes handelt, die Regelung der Diät, welche in den ersten 14 Tagen eine ausschliessliche Milchdiät ist. Mit Ausnahme der seltenen Fälle von Diarrhöe braucht die Milch nicht abgekocht zu sein, kann warm oder kalt getrunken werden, muss aber gut abgerahmt und möglichst frisch sein. Sie muss Anfangs wenigstens alle 2 Stunden gereicht werden und in Quantitäten von nicht über 120 g. Allmählich werden die Dosen vergrössert, und die Zwischenzeiten etwas verlängert. Sollte die Milch anfänglich nicht vertragen werden und Beschwerden verursachen, so kann sie zuerst neben der allgemeinen Diät gegeben, und letztere allmählich verringert werden, bis man endlich ausschliesslich Milch reicht.

Zuerst verliert der Patient meist an Gewicht, doch bald hebt sich dasselbe wieder und nimmt dann stetig zu. Da eine ausschliessliche Milchdiät in den ersten 8—14 Tagen eine auffallende Schläfrigkeit be-

wirkt, ist sie ein werthvolles Hülfsmittel bei der Entwöhnung von Brom, Chloral und Morphium. Nach 4—8 Tagen, wenn die dyspeptischen Erscheinungen verschwunden sind, darf der Patient ein leichtes Frühstück nehmen, 1 bis 2 Tage später etwas Hammelfleisch oder starke Fleischbrühe, wieder 1—2 Tage darauf dazu 3mal täglich Brot und Butter. Nach 10 Tagen ist der Kranke meist schon im Stande, 3 volle Mahlzeiten täglich einzunehmen, zu welchen er 1—$1^1/_2$ Liter Milch trinkt. Nach weiteren 10 Tagen erhält er ausserdem noch 60—120 g flüssigen Malzextract vor jeder Mahlzeit. In schwereren Fällen empfiehlt Weir-Mitchell, falls die Jahreszeit sich eignet, in der dritten Woche noch 15 g Leberthran, eine halbe Stunde nach der Mahlzeit per os oder per Klysma zu geben. Stimulantien oder Spirituosa sind, wenn überhaupt, nur in kleinen Quantitäten zu nehmen.

Unterstützt wird endlich noch die Kur durch Medicamente, wie Ferrum lacticum oder Ferrum pyrophosphoricum (0,3 in 30,0 g Malz), bei Obstipation Aloë-Pillen. Treten, wie so häufig beim Fortschreiten der Kur, Anfälle von Dyspepsie auf, so ist die Diät auf die Hälfte herabzusetzen, oder für einen bis zwei Tage wieder ausschliesslich Milch zu geben.

Die Anwendung der Weir-Mitchell'schen Kur beschränkt sich, soll sie erfolgreich sein, auf gewisse Formen der Neurasthenie und verwandter Zustände, wie Anämie und allgemeine Abmagerung infolge von steter Dyspepsie oder von tiefer liegenden Verdauungsstörungen, ferner auf lang andauernde, malariaähnliche Erkrankungen, bei denen Schwinden des Fettes und der Farbe beobachtet wird. Vorzüglich geeignet ist aber die Kur für jene grosse Gruppe von Frauen, deren Leiden als „nervöse Erschöpfung" aufzufassen ist, und bei denen ausser Abmagerung und Anämie oft noch heftige Gemüthsbewegungen vorherrschen. Vorausgesetzt ist allerdings, dass keine eigentliche Organerkrankung zu Grunde liegt; z. B. Morbus Brightii in einem vorgeschrittenen Stadium ist eine directe Contraindication; dagegen schliessen Darmkrankheiten, wenn sie nicht tuberkulöser oder sonst maligner Natur sind, ebenso wenig diese Behandlungsweise aus, wie etwa mässige Symptome chronischer Lungeninfiltration oder Herzkrankheiten in ihrer milderen Form. Andererseits passen schwere dysthymische Zustände, welche nicht bloss die tiefe Depression eines an der Heilung verzweifelnden Gemüths bedeuten, nicht für diese Kur, am allerwenigsten aber für die Isolirung, was auch von Weir-Mitchell, Grodel und Playfair bestätigt wird.

14. Pharmakotherapie. Bei der Behandlung der neurasthenischen Zustände wird eine verständige Vereinigung verschiedener Mittel von besonderem Nutzen sein. In allen vorgeschrittenen Fällen, in

denen die Ernährung auf Grund mangelhafter Blutbildung gelitten hat, muss man in erster Linie bestrebt sein, diese zu verbessern und zu fördern. Ausser einer entsprechenden Diät empfiehlt es sich, Eisenpräparate zu reichen, die man, um Magenbeschwerden möglichst zu vermeiden, während der Mahlzeiten nehmen lässt, und in Verbindung mit ihnen kleine Dosen Chinin. Am besten wird von den meisten Personen Ferrum reductum vertragen, von anderen wieder Ferrum carbon. saccharatum, gelöst in einem kohlensauren Wasser, oder Ferrum oxydat. saccharat. solutum. Etwa auftretendes Magendrücken verschwindet fast immer bei Darreichung von Salzsäure, und zwar 30—40 Tropfen pro die in Limonadenform.

Auch die natürlichen Eisenwässer, Pyrmonter, Schwalbacher, erfüllen oft denselben Zweck. Eine Kur in Pyrmont, Schwalbach, oder in Driburg, Liebenstein, Flinsberg, Reinerz, Cudova, Rippoldsau, St. Moritz etc. ist deshalb oft von gutem Erfolge begleitet.

Das Chinin, welches man ebenfalls zur Verhütung von Magenbeschwerden, am besten mit verdünnter Salzsäure zusammen verordnet, giebt man zu 0,1—0,3 g pro die und lässt es gebrauchen, bis sich Intoxikationszustände, Eingenommensein des Kopfes, Ohrensausen, einstellen, worauf es eine Zeit lang ausgesetzt werden muss. Einzelne Personen vertragen Chinin nur in Dosen von 0,01 — 0,02 g, bei anderen dagegen, vorzugsweise Alkoholisten, starken Rauchern, Morphinisten, muss man, damit es wirken soll, 0,3—0,5 g und mehr pro die geben.

Beruhigend und zugleich die Ernährung fördernd wirkt die Radix Valerianae in grossen Dosen verabreicht.

Ein in der Behandlung der Neurasthenie, zumal jugendlicher, scrophulöser Personen, sehr werthvolles Mittel ist der Leberthran, den man je nach dem Alter des Patienten zu 2—3 Thee-, Kinder- oder Esslöffel pro die brauchen lässt. In der kalten Jahreszeit wird er fast stets willig genommen. Wo Widerwille dagegen herrscht, ist von seiner Verwendung abzusehen.

Spirituosen dürfen Neurastheniker nur vorsichtig und nur maassvoll geniessen, weil sie dieselben schlecht vertragen und bei regelmässigem Genuss Gefahr laufen, Gewohnheitstrinker zu werden.

Am unschädlichsten sind noch die rothen Bordeauxweine, dann die herben und gezehrten Ungarweine. Die süssen Weine beeinträchtigen leicht die Verdauung; die schweren spanischen, die Portweine, der Madeira und Capwein sind zu alkoholreich und dazu oft mit Spiritus verfälscht. Mehr wie 1—2 Gläser täglich trinken zu lassen, ist nicht rathsam, zumal für Personen, welche Anlage zur Fettleibigkeit oder zur Gicht haben. Auch von Bieren, die im Allgemeinen für unschuldiger gelten, gestatte man solchen Personen nicht mehr wie 1—2 Seidel pro

die. Dagegen kann ein regelmässiger Biergenuss heruntergekommenen und mageren Personen sehr vortheilhaft sein, besonders weil mit ihm noch eigentliche Nährstoffe 2—5% peptonisirtes Eiweiss, phosphorsaure Salze u. s. w. dem Körper zugeführt werden. Zu empfehlen sind gut abgelagerte bayerische Biere, sowie englischer Porter und Ale, von letzterem jedoch nicht mehr wie 1—2 Weingläser täglich. Cognac, Arac, Rum sind höchstens als Zusatz zu Milch oder als schwacher Grog und Punsch dann und wann zu geniessen (Arndt l. c. p. 249).

Dagegen ist der in neuerer Zeit viel empfohlene Kumiss, in Alkoholgährung versetzte Milch, ein die Ernährung vorzüglich beförderndes Mittel. Es hat den Vorzug, nur sehr wenig Alkohol (1—3%) und sehr viel eigentliche Nährstoffe zu enthalten. Man lässt ihn daher zu 1/2—2 Liter pro die trinken und will damit sehr gute Erfolge gehabt haben (ibid. p. 250). Auch die Schlaf machende Wirkung desselben ist sehr bedeutend und befriedigend nach Beard. Dem einen Nachtheil des Kumiss, seiner nicht selten verstopfenden Wirkung, muss durch Laxantia begegnet werden.

Zu den vorzüglichsten Mitteln, welche eine beruhigende Wirkung auf das Nervensystem ausüben, gehören die Brompräparate, vor Allem das Bromkalium, Bromnatrium und Bromammonium. Man giebt sie zu 3,0—10,0 g pro die, je nach dem Alter, der Constitution und der Schwere der Erkrankung des Patienten. Doch haben sie auch manche Nachtheile, sie untergraben die Ernährung, schwächen die Geisteskräfte und rufen selbst Paresen und Paralysen hervor. Von Charcot ist eine Mischung der genannten drei Präparate empfohlen worden, die besser vertragen wird als eins der drei Mittel allein. Die Entstehung der Brom-Akne kann durch geeignete Verbindung mit Solutio Fowleri gewöhnlich verhütet werden (Beard l. c. p. 131).

Von den eigentlichen Narkoticis werden die Opiate, das Opium selbst und das Morphium, vornehmlich als Schlafmittel mit gutem Erfolge gegeben, wenn auch gerade bei diesen Mitteln viele Idiosynkrasieen und relative Immunitäten vorkommen, die ihre Anwendung erschweren. Ferner besteht die Gefahr, dass sich die Patienten sehr leicht an diese Mittel gewöhnen (Opiophagen, Morphinisten). Man thut daher gut, sie nicht zu lange hinter einander gebrauchen zu lassen und, wie Arndt nach dem Vorgange von Nasse empfiehlt, gleichzeitig Chinin zu verabfolgen.

Das Chloralhydrat besitzt den Vorzug, dass es lange Zeit ohne Unterbrechung gegeben werden kann, und dass die Patienten sich nicht so leicht an dasselbe gewöhnen, sodass dieselben kleinen Gaben durch längere Zeit wirksam bleiben. Zu 0,3—0,5 g zwei bis dreimal täglich gegeben, wirkt es sehr beruhigend, 1—3 g Abends vor dem Schlafen-

gehen gereicht rufen ohne üble Nachwirkungen einen vortrefflichen Schlaf hervor.

Zink-, Kupfer- und Arsenikpräparate sind in ihrer Wirkung sehr unzuverlässig, dasselbe gilt vom Phosphor und Strychnin. Jedoch lobt Beard sehr eine Verbindung von Zincum bromatum, Z. valerianum, Z. oxydat. (āā 0,065) und Z. phosphoric. (0,03) und will davon einen günstigen Einfluss auf Chorea gesehen haben. Auch die Sol. Fowleri ist, wenn sie längere Zeit gegeben wird, hier von entschiedenem Nutzen.

Ergotin (Dosirung verschieden) giebt Beard bei Migräne und sonstigem Kopfschmerz; indicirt ist es aber auch nach diesem Autor behufs lang andauernder Wirkung bei Irritabilität der Prostata, bei Spermatorrhöe und mannigfachen anderen Zuständen (l. c. p. 125).

In jedem Falle ist Ausdauer in der Behandlung ebenso von Seiten des Arztes wie des Patienten erforderlich, soll die Behandlung von einem dauernden Erfolg gekrönt sein.

DRITTES CAPITEL.

Neurasthenia hypochondriaca.

Die Hypochondrie.

Litteratur.

Brachet: De l'hypochondrie. Paris 1844. — Mendel: Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 11 (ref. Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 46 H. 6 p. 66). — Arndt: Lehrbuch p. 404, 408, 547. — v. Krafft-Ebing: Psychiatrie p. 583—589. — Schüle: Hypochondrisches Irresein. Klin. Psych. p. 277—283. — Savage-Knecht: Hypochondrische Zustände und Melancholie. Geisteskrankheiten p. 156—183. — Pick: Zur Lehre von den sogenannten hypochondrischen Anfällen nebst Bemerkungen zur Pathologie der motorischen Sprachvorstellungen. Prager med. Wochenschr. 1889, Nr. 13. — Liebermeister: Hypochondrie. Vorlesungen etc. Bd. 2. Krankheiten des Nervensystems. Leipzig 1886, Vogel. p. 416—431.

I. Allgemeines Bild.

§. 516.

Die hypochondrischen Zustände entwickeln sich aus neurasthenischen Zuständen heraus. Die Entstehung derselben ist eine doppelte: Einmal als secundäre Cerebrospinal-Reizung infolge von inneren, aber allerdings oft leichten Erkrankungen des Darms, der Leber, der Genitalien etc. Zweitens auf direct psychischem Wege, indem durch äussere Veranlassung das Vorstellen anhaltend auf den eigenen Gesundheitszustand im Allgemeinen oder speciell auf einzelne Organe determinirt wird, und dadurch krankhafte Empfindungen geweckt werden. Solches beobachtet

man beim Lesen medicinischer Bücher, die nur halb und deshalb falsch verstanden werden, beim Umgang mit Hypochondern und in Zeiten grosser Epidemieen.

Den Standpunkt, dass die Hypochondrie eine genuine Psychose, die mildeste, mässigste Form der Dysthymie sei, möchte ich nicht vertreten. Denn während sie allerdings mit dieser den Klassencharakter der niedergeschlagenen, traurigen, depressiven Gemüthsverstimmung, der verminderten Energie des Willens und eines jener Stimmung entsprechenden Deliriums theilt, so differirt sie doch auf charakteristische Weise dadurch, dass hier die Gemüthsdepression aus einem bestehenden, starken, körperlichen Krankheitsgefühle hervorgeht, welches die Aufmerksamkeit beständig lebhaft in Anspruch nimmt, dass sich deshalb die Urtheile fast ausschliesslich auf den Gesundheitszustand des Subjects beziehen, und dasselbe nun in Besorgnissen eigener schwerer Erkrankung, in unbegründeten und bizarren Ansichten über die Art und Weise und die Gefährlichkeit dieser seiner Krankheit delirirt. Ferner unterscheidet sich die neurasthenische Hypochondrie von der Dysthymie noch dadurch, dass bei ersterer aus einem wirklich vorhandenen, starken, psychischen oder somatischen Krankeitsgefühl heraus die depressive Gemüthsstimmung sich enwickelt, hier also das Krankheitsgefühl das Primäre ist, während bei der Dysthymie der *θυμός* zuerst erkrankt, und aus dieser Gefühlsstörung heraus nach einer Ursache für die Niedergeschlagenheit gesucht wird. Hier ist die Psychose eine genuine.

Wenn ich den Ausdruck „neurasthenische Hypochondrie“ gebrauche, so geschieht das deshalb, weil alle jene hypochondrischen Zustände, welche sich auch bei Psychosen finden, z. B. im Stadium melancholicum der Paraphrenia paralytica sich auf dem Boden eines substantiell geschädigten oder geschwächten, psychischen und somatischen Organismus entwickelt haben. Sehr häufig ist man gerade bei diesen Zuständen im Unklaren, ob es sich um eine einfache Hypochondrie auf neurasthenischer Basis handelt, oder um das Prodromalstadium der progressiven Paralyse (cf. Einleitung und Gesammtbild der Paraphrenia paralytica progr. §§. 319 u. 323).

Jenes körperliche Gefühl des Krankseins ist bald ein dunkles und allgemeines, bald ist es in einzelne anomale Sensationen aus einander gegangen. Immer werden diese krankhaften Empfindungen durch die Richtung der Aufmerksamkeit auf sie gesteigert, und bei einigermaassen ausgebildetem Zustande können solche durch die Richtung des Vorstellens auf dieses oder jenes Organ geweckt, deplacirt und in jedem Theile des Organismus neu hervorgerufen werden. — Was den geistigen Antheil an der Krankheit betrifft, so ist, ungeachtet der Gemüthsverstimmung und der übertriebenen krankhaften Vorstellungen, doch die äussere Besonnenheit erhalten, die anomalen Empfindungen und Vor-

stellungen werden logisch zusammenhängend und consequent verarbeitet und mit Gründen, welche noch innerhalb des Bereichs der Möglichkeit liegen, gerechtfertigt.

II. Symptomatologie.

§. 517.

Die Stimmung der Kranken fängt an, sich auf der Basis des bestehenden Krankheitsgefühls zu verändern, welches entweder durch eine zwar nicht materielle, jedoch notorische nervöse Irritation hervorgerufen ist, oder welches greifbare somatische Störungen zum Grunde hat. Sie werden niedergeschlagen, verdrossen, besorgt, mürrisch, zeigen grössere Empfindlichkeit, die Neigung, Alles auf sich zu beziehen, und fühlen sich leicht von Allem belästigt und ermüdet. Anfangs wechselt dieser Zustand mit Remissionen, und die Paroxysmen erscheinen als ärgerliche, unruhige, misstrauische Laune oder als psychische Kälte, die sich bis zum Lebensüberdrusse, als Angst, die sich zur Verzweiflung und zum vollständigen Verlust der Selbstbeherrschung steigern kann. — Von einem unbestimmten, aber lebhaften Krankheitsgefühle wird der Kranke auf dunkle Weise belästigt und beunruhigt; alle Provinzen des sensitiven Nervensystems können zum Sitze krankhafter, oft sehr schmerzlicher Empfindungen (Formication, Kälte und Hitze, Fortkriechen eines fremden Körpers, Zerspringen des Kopfes, Leerheit, Abgestorbensein, Stechen, Zerreissen etc.) werden, und auch die höheren Sinne zeigen oft vermehrte Empfindlichkeit oder grössere Stumpfheit und wirkliche Hallucinationen. Alle diese anomalen Empfindungen drängen sich stets lebhaft ins Bewusstsein, wecken und unterhalten beständig ein Vorstellen, das sich auf die Erkrankung, auf ihre verschiedenen möglichen Arten und auf ihre Heilung bezieht: alle Sensationen werden belauscht und im Sinne der herrschenden trüben und ängstlichen Stimmung ernsthaft commentirt und analysirt; es wird aus ihnen auf das Vorhandensein schwerer, gefährlicher Krankheiten geschlossen, und häufig werden solche Vermuthungen in einer Uebertriebenheit, deren sich der Kranke halb bewusst ist, und in möglichst drastischen und pittoresken Worten geäussert. Der Kranke, der dabei ganz unbedeutende objective Symptome darbieten kann, spricht von Apoplexie, von Halbtod, von Vertrocknung oder Versteinerung des Herzens; seine Nerven sind glühende Kohlen, sein Blut ist siedendes Oel etc., und gern werden die schwersten oder ganz neue, noch nie dagewesene Krankheiten angenommen, indem eben die Schwere und Gefährlichkeit der Krankheit im Verhältniss zur Grösse der Gefühlsbelästigung stehen soll. Mit der Orts- und Qualitätsveränderung der

krankhaften Sensationen wechseln denn auch die Vorstellungen über den Sitz und die Art der Krankheit, und der Kranke glaubt successiv mit allen Leiden, die seine Pathologie kennt, behaftet zu sein. So sehr diese Vorstellungen wahre Delirien, so falsch und bloss eingebildet sie sind, so wenig sind dies die Empfindungen, welche die Basis jener Urtheile bilden, und zu denen sich diese selbst wesentlich nur als Erklärungsversuche verhalten.

Diesen seinen Leiden, mit denen sich der Hypochonder immer lebhaft beschäftigt, sucht er auf alle mögliche Weise beizukommen. Er untersucht gern seinen Puls, seine Zunge, seine Excretionen und findet oft bei diesen Untersuchungen Motive der Furcht oder der Hoffnung, von denen er zuweilen, auch wenn es das Unsauberste ist, mit einer Art Wollust Jederman unterhält. Der heftige Wunsch zu genesen lässt ihn häufig mit den Aerzten und dem eigenen Heilplan wechseln, er erholt sich Rath in medicinischen Schriften und ändert nun oft die bisherigen Ansichten über seine Krankheit, indem er Alles, was er liest oder hört, auf sich anwendet; die Erwähnung einer Krankheit genügt, um ihm die Vorstellung, dass er selbst daran leide, hervorzurufen, und er erhält nun, durch diese Vorstellungen angeregt, neue, secundär entstehende anomale Empfindungen aus den betreffenden Organen.

Nicht immer aber sind es bloss gewöhnliche, körperliche Krankheiten, mit denen, als Gegenständen seiner Besorgniss, der Hypochonder sich beschäftigt; häufig entgeht ihm selbst der grosse psychische Antheil an seinen Leiden nicht, und die Veränderung seiner ganzen Persönlichkeit, das Befangensein in den kranken Empfindungen und Vorstellungen, namentlich aber eine gewisse Anomalie, besonders im geistigen Antheil an der Sinnesempfindung — wobei diese, obwohl wie sonst percipirt, doch nicht mehr dieselben Eindrücke erregt — machen oft den Hauptgegenstand seiner Klagen aus.

Dieses letztere, sehr merkwürdige Verhalten, das die Kranken selbst Mühe haben zu beschreiben, das Verfasser in mehreren Fällen als das hervorstechendste und lästigste Symptom beobachtet hat, ist in folgendem Brief eines Kranken Esquirol's, so gut es sein kann, ausgedrückt:

„Noch immer leide ich beständig und habe keine Minute von Wohlbefinden und keine menschliche Empfindung: umgeben von Allem, was das Leben glücklich und angenehm macht, fehlt mir jede Fähigkeit des Genusses und der Empfindung; beide sind physisch unmöglich für mich geworden . . . In Allem, in den zärtlichsten Liebkosungen meiner Kinder, finde ich nur Bitterkeit, ich bedecke sie mit Küssen, aber es ist etwas zwischen ihren und meinen Lippen, und dieses grässliche Etwas ist zwischen mir und allen Genüssen des Lebens. Meine Existenz ist unvollständig: die Thätigkeiten, die Handlungen des gewöhnlichen Lebens sind mir geblieben, aber bei jeder fehlt etwas, nämlich die Empfindung, welche ihnen angehört — und die Freude, die ihnen folgt . . . . . jeder meiner Sinne, jeder Theil meiner selbst ist wie von mir selbst getrennt und kann mir keine Empfindung mehr verschaffen; die

Unmöglichkeit scheint von einer Leerheit abzuhängen, welche ich vorn im Kopfe fühle, und von der Verminderung der Empfindung auf der ganzen Körperoberfläche; denn es scheint mir, als erreiche ich niemals eigentlich die Gegenstände, die ich berühre . . . . . ich fühle wohl die Veränderung der Temperatur auf der Haut, aber die innere Empfindung der Luft beim Athmen habe ich nicht mehr . . . . Meine Augen sehen, mein Geist nimmt es auf, aber die Empfindung von dem, was ich sehe, ist nicht vorhanden."

Auch die psychische Veränderung nach der Seite des Willens ist in den meisten Fällen auffallend genug; die Kranken werden muthlos, bedenklich, unentschlossen, in den höheren Graden willenlos. „Ich möchte mich wohl entschliessen, ich möchte wohl ausdauern, aber es hängt nicht mehr von mir ab, es zu wollen; ich fühle, wenn ich wollen könnte, so könnte ich mich dieser verzweifelten Lage entziehen, aber ich muss mich meinen Wehgefühlen überlassen, ich fühle mich unfähig zu Allem, der kleinste Widerstand scheint mir unüberwindlich etc." Dies sind die Aeusserungen, die man in den höheren Graden der Hypochondrie häufig genug hören kann (vgl. ein ausgezeichnetes Beispiel hypochondrischer Willenlosigkeit bei Leuret, Fragments p. 382 f.). Auch die Intelligenz leidet bei weiter vorgeschrittener Krankheit, nicht nur in der Weise jenes irrigen Vorstellens, sondern die anhaltende Gedankenrichtung auf den eigenen Zustand und die möglichen Mittel ihm abzuhelfen giebt auch dem Vorstellen eine gewisse Monotonie, und bei der herrschenden Präoccupation des Bewusstseins wird Alles, was nicht zu jenem Kreise von Vorstellungen gehört, interesselos, gleichgültig und erlischt bald aus der Erinnerung, daher sich solche Kranke oft höchst zerstreut und vergesslich zeigen. Bei grosser Redseligkeit über das Thema der eigenen Krankheit vermindert sich in anderer Beziehung die Neigung zur Mittheilung, und das sind niemals schwere Fälle von Hypochondrie, wo die Kranken noch liebenswürdige und unterhaltende Gesellschafter sein können. Wohl aber kann Verstand und Scharfsinn, der sich in feinen Combinationen über das Lieblingsthema der Erkrankung zeigt, auch in Bezug auf objective Verhältnisse bestehen bleiben, und erst in den äussersten Graden der Hypochondrie zeigt sich eine wirkliche Abnahme der Intelligenz in der Richtung einer Art finsteren und grämlichen Stumpfsinns, wobei die Kranken fast zu jeder geistigen Thätigkeit unfähig geworden sind.

§. 517a.

Mendel stellt drei Formen der Hypochondrie auf: 1) Diejenige Form, bei welcher lediglich Furcht und Angst vor dauernder Krankheit oder Tod besteht, ohne dass die Kranken augenblicklich krankhafte Symptome in ihrem Körper angeben können, dagegen unerhebliche Veränderungen als unheilbare, tödtlich endende Krankheit betrachten. Hypochondria simplex (Etat hypochondriaque) = Nosophobie. 2) Die Form, bei der jener Furcht und Angst noch Sensationen in den

verschiedensten Organen hinzutreten, die als Hallucinationen der Organgefühle gedeutet werden müssen. Hypochondrie mit Hallucinationen der Organgefühle. 3) Bei der schwersten Form finden sich neben den Symptomen der ersten und zweiten Form krankhafte Erscheinungen im Gebiete der höheren Sinnesorgane, des Gesichts, Geruchs, Geschmacks, die aber im Gegensatz zu den Geisteskranken, welche Hallucinationen haben, von den hypochondrischen Patienten selbst als krankhaft bezeichnet werden.

Ad 1. Die Nosophobie, die Furcht vor dem Krankwerden und Sterben, zeigt sich öfters bei Männern als bei Frauen, indem z. B. die Furcht vor ansteckenden Krankheiten, welche bei jenen häufiger ist, bei dem weiblichen Geschlecht, wegen seines angeborenen Berufs zur Krankenpflege, naturgemäss seltener zu sein pflegt. Die einfachste Form der Hypochondrie kommt bei allen Altersstufen des weiblichen Geschlechts zur Beobachtung. Ad 2. Die Hallucinationen der Organgefühle sind bei Männern häufiger als bei Weibern; dagegen ist nicht selten die Cerebralform bei Frauen zu beobachten. Ad 3. Die schwerste Form der Hypochondrie zeigt sich häufiger bei Frauen. Diese Zustände sind bei ihnen schärfer hervortretend als bei Männern, daher tritt auch die Bettsucht viel intensiver und ausgeprägter bei hypochondrischen Frauen als bei Männern in die Erscheinung. Selbstmord ist bei hypochondrischen Frauen seltener, dagegen besteht häufig sehr hochgradige Onanie.

Häufig leidet die Verdauung, die Zunge wird belegt, der Appetit ist vermindert oder vermehrt (Bulimie), es besteht Obstipation, Flatulenz; dadurch tritt Spannung in den Hypochondrien und mit dem Heraufdrängen des Diaphragma Beengung ein. Häufig bestehen Hämorrhoiden, Abdominalpulsation, Herzklopfen, Kopfcongestionen, Kopfschmerz, unruhiger Schlaf und schleimige Expectoration.

Hypochondrische Anfälle. Sie äussern sich in anfallsweise auftretenden Zwangsbewegungen der verschiedenen Körpertheile und der Sprachwerkzeuge. Ihre charakteristischen Eigenthümlichkeiten sind folgende: Erhaltenbleiben des Bewusstseins während der Anfälle, der Einfluss der Vorstellungen und körperlichen Sensationen auf das Auftreten wie auf das Aufhören derselben, endlich der coordinirte, dem der willkürlichen nahestehende Charakter der Bewegungen. Durch diese Eigenthümlichkeiten unterscheiden sich die Anfälle von den epileptischen und einem Theil der hysterischen. Interessant sind die Bewegungen, welche als Bewegungsimpulse auftreten. Bei dem Vorstellen einer bestimmten Bewegung wird diese sofort in zwangsmässiger Weise ausgeführt (Pick). Derartige Zwangsbewegungen werden leicht mit dem Einflusse gewaltiger Mächte in Zusammenhang gebracht und spielen in der Geschichte des Besessenseins eine grosse Rolle.

III. Ausgänge und Vorkommen der Hypochondrie.

§. 518.

Als Ausgang der neurasthenischen Hypochondrie etablirt sich nicht selten ein Zustand geistiger Schwäche mit rudimentären paranoischen Zügen (die sogen. hypochondrische Verrücktheit). Zu einem voll-

ständigen terminalen Blödsinn kommt es nicht. Die Symptome sind trostlose Apathie und Abulie, Nachlassen der Affecte, Erlöschen der Interessen an der Aussenwelt, Verlust der ästhetischen Rücksichten für Andere, Annahme von allerhand grillenhaften Gewohnheiten, kindische Albernheit in der Schilderung und Interpretation der Leidenszustände, Verwitterung der Züge, Verfallen des Körpers (Senium praecox).

Was die abrupten, rudimentären paranoischen Züge anbelangt, so finden sie darin ihre Erklärung, dass bei fortschreitender psychischer Schwäche der Kranke zu ganz absurder, physikalisch und medicinisch unmöglicher Interpretation seiner Sensationen gelangt. Abnorme Sensationen werden feindlichen Einflüssen zugeschrieben. Auch die Weiterentwicklung geschieht durch Hallucinationen.

Vorkommen der Hypochondrie. Hier und da in der Kindheit, noch öfter in der Pubertätsperiode auftretend, ist sie ausserordentlich häufig bei jungen Leuten und wieder seltener, aber doch noch ziemlich häufig in vorgerücktem Alter. Häufiger tritt sie bei Männern als bei Frauen auf.

IV. Therapie der Hypochondrie.

§. 519.

Die der Hypochondrie immer zu Grunde liegende körperliche Erkrankung erfordert ihre Auffindung und Behandlung. Es ist diese dem Praktiker ebenso dringend ans Herz zu legen, wie in denjenigen hallucinatorischen Zuständen, wo die Kranken über Gehörs- und Gesichts-Hallucinationen klagen, eine genaue Untersuchung der betreffenden als erkrankt erscheinenden Organe durchaus nothwendig ist. Die Sensationen der Hypochonder sind keine Einbildungen; sie sind thatsächlich vorhanden. Es kommt vor Allem darauf an, alle jene Irritamenta, welche die grosse, allgemeine Hyperästhesie setzen, zu entfernen, jedenfalls abzuschwächen.

Die Behandlung der Hypochondrie muss eine somatische und psychische sein. Die psychische Behandlung der hyperästhetischen Kranken hat in erster Linie Beruhigung, Ablenkung, Zerstreuung zu erzielen. Die Hauptsache ist und bleibt die Anordnung und stricte Befolgung eines bestimmten Kurverfahrens, welches sich, je nach der Schwere der Erkrankung, von dem Aufenthalte in einer Kaltwasserheilanstalt bis zur Internirung in einer Anstalt für Gemüthskranke steigern kann. Alles dieses nutzt aber wenig, wenn nicht der behandelnde Arzt das Vertrauen des Kranken durch Theilnahme, Eingehen auf seine Beschwerden, sorgfältige körperliche Untersuchung zu gewinnen sucht.

Energische Strenge, Bestimmtheit und Consequenz im Auftreten imponiren dem Kranken. Ebenso wie bei dem Paranoicus muss man sich hüten, den Kranken wegen seines Gebahrens zu verspotten oder gar den Versuch zu machen, durch logische Beweisführung ihn von seinen Absonderlichkeiten abzubringen. Beides erbittert ihn oder macht ihn misstrauisch.

Aeusserst wichtig ist die psychische Ablenkung durch geordnete Thätigkeit. „Erkranken doch viele Menschen durch Uebergang aus einem thätigen Leben in ein beschauliches!“ Die ordinirte Thätigkeit darf aber keine Geist und Körper anstrengende, auch keine rein mechanische, zwecklose und langweilige sein; vielfach werden sich kleine Reisen, Badekuren, Turnen, Reiten etc. nützlich erweisen, überhaupt alle jene Thätigkeiten, zu deren Ausübung eine gewisse Aufmerksamkeit erforderlich ist; sonst ist Alles umsonst, weil die Kranken ihren Grillen doch dabei ununterbrochen nachhängen (Arndt). Auf der Höhe der Krankheit und bei allgemeiner Hyperästhesie ist Bettruhe und Medication nöthig. Ohne Arznei fühlt sich der Hypochonder nicht beruhigt (v. Krafft-Ebing l. c. p. 586).

Den Ausgangspunkt für die somatische Behandlung bieten die ursächlichen oder begleitenden körperlichen Erkrankungen. Die Rachenkatarrhe, die Magen- und Darmkatarrhe, die Hämorrhoidalbeschwerden nebst ihren Folgen, die Erkrankungen des Urogenitalsystems sind „mit aller Sorgfalt“ zu behandeln. Mit Berücksichtigung der individuellen Constitution, der Lebensumstände und psychischen Bedürfnisse sind schwächende Eingriffe, wie Karlsbader Kuren, für Hypochonder nicht zuträglich, mehr Hydro- und Elektro-Therapie, klimatische Kuren, Seebäder, Hygiene und Diätetik, tonisirende Verordnungen. — Dabei ist für kräftige Ernährung (Wein, Bier), regelmässigen Stuhlgang, Aufenthalt in frischer Luft zu sorgen; eventuell giebt man daneben noch Chinin und Eisen. Morphium in kleinen Dosen ist zu empfehlen, weniger gut ist Opium. Um dauernden Schlaf zu erzielen, empfiehlt Arndt die Mineralsäuren, namentlich die Phosphorsäuren (cf. Eulenb. Real-Encycl. Tom. X. p. 142). „Bei Manchen wirkt die Milchsäure vorzüglich. Schon in Form von 1—2 Tellern dicker Milch oder Zuckermilch, des Abends genossen, ruft sie bei einzelnen, schlecht schlafenden Personen einen anhaltenden und ruhigen Schlaf hervor.“ Protrahirte, lauwarme Bäder und Einpackungen wirken individuell, ebenso die Galvanisation.

DRITTE ABTHEILUNG (ANHANG).

Biopathieen.

ERSTES CAPITEL.

Psychosen im Kindesalter.

Litteratur.

Emminghaus: Die psychischen Störungen des Kindesalters, Tübingen 1887. — Moreau: Der Irrsinn im Kindesalter. Deutsch von Dr. Galatti. Stuttgart 1889. — Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. 1880. (v. Ziemssen's Handbuch Bd. 16, p. 202). — Hofmann: Lehrbuch d. gerichtlichen Medicin. 4. Aufl. Wien u. Leipzig 1887.

I. Vorkommen des Irrsinns bei Kindern.

§. 520.

Es bedarf wohl kaum einer besonderen Begründung, dass im Kindesalter die psychischen Störungen in geringerer Anzahl auftreten, wie in den späteren Lebensjahren; denn es kann sich eine ausgebildete Psychose nur dort etabliren, wo die Psyche, d. h. die seelische Thätigkeit, sich in physiologischer Weise entwickelt hat. Daraus erhellt, dass wir, je früher wir in das Kindesalter zurückgreifen, um so geringer die Disposition zu einer Seelenstörung finden, und dass um so seltener eine solche selbst angetroffen wird. Das Säuglingsalter ist aus den angeführten Gründen im Allgemeinen gegen jede Seelenstörung gefeit, wenn man nicht hierher gewisse psychische Alterationen, wie den Erethismus cerebralis und die Schlafsucht (Emminghaus) rechnen will. Je weiter das Kind in seiner Entwicklung vorschreitet, desto eher wird sich auch die Prädisposition oder eine Psychose selbst ausbilden können.

Die Richtigkeit dieser Behauptung wird durch Oldendorff's Tabelle[1]) bewiesen, welche die Resultate der Volkszählung in 13 deutschen Staaten verwerthet. Nach derselben beträgt die Anzahl der Blödsinnigen im Alter von 1—5 Jahren unter einer Gesammtbevölkerung von 4 316 861 in diesem Alter 440, das sind 1,02 auf 10 000, und der an anderen Geistesstörungen Leidenden 80, das sind 0,18 auf 10 000 im Ganzen also 1,2 auf 10 000, während dieses Zahlenverhältniss entsprechend den zunehmenden Jahren wächst. Wenn auch, wie Oldendorff selbst zugiebt, manche Fehler in der Berechnung enthalten sind, namentlich die Ermittelung der Irrsinnsquote in den niedersten Altersklassen mit den grössten Schwierigkeiten verbunden ist, und dieselbe wahrscheinlich grösser ist als angegeben, so giebt sie doch ein annähernd richtiges Bild von der Frequenz der Psychosen im Kindesalter. In der von Thurnam entworfenen Statistik (siehe Schüle l. c. p. 209), sind unter 21 333 Aufnahmen von

---

[1]) Real-Encyklopädie der ges. Heilkunde von Eulenburg. 1881 Bd. VII p. 292.

Geisteskranken nur 8 Fälle unter 10 Jahren und 1161 Patienten im Alter von 10 bis 20 Jahren. Zweifellos ist diese Zahl viel zu niedrig, zumal die ausserhalb der Anstalt befindlichen irrsinnigen Kinder gar nicht berücksichtigt sind. Ferner lassen diese beiden angeführten Statistiken eine ganz genaue Angabe des Alters vermissen, da die erste nach Quinquennien, die andere nur nach Decennien rechnet.

Die Frage, ob die Gesellschaftsschicht, welcher die Kinder ausweislich des Standes ihrer Eltern angehören, von Einfluss auf deren Prädisposition zu Psychosen sei, ist nach Emminghaus l. c. p. 29 nur bezüglich einer Form, nämlich des Idiotismus entschieden. Dieser wiegt in den armen Klassen der Bevölkerung entschieden vor. Ob das Geschlecht einen Einfluss auf die Prädisposition der Kinder zu Psychosen ausübt, lässt sich wegen der nur kleinen Zahlenreihen, die in den bisher publicirten Zusammenstellungen aufgestellt sind, noch nicht mit Sicherheit entscheiden.

II. Aetiologie.

§. 521.

Die direct veranlassenden Momente für die Erkrankung der kindlichen Psyche sind fast ausschliesslich organische, somatische. Psychische oder gemischte Ursachen kommen zwar auch vor, doch spielen sie eine weit geringere Rolle. In weitaus den meisten Fällen handelt es sich um erblich schwer belastete, neuro-psychopathische Constitutionen.

Zu den organischen Ursachen (vergl. S. 286) gehören in erster Linie alle Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute, ferner, abgesehen von den schweren Insulten, die der Kopf des Kindes in einzelnen Fällen bei der Geburt erleidet, Schädelverletzungen und Gehirnerschütterungen. Nicht selten erscheint das Irresein im Zusammenhang mit Nervenkrankheiten, wie mit Chorea major und minor, Hysterie und Epilepsie; auch die Affectionen peripherischer Nerven können, besonders wenn sie mit grossen Schmerzen verbunden sind, Psychosen herbeiführen. Weiter sind hier zu erwähnen: Ohrenkrankheiten (Taubstummheit), Affectionen der Nase, congenitale oder erworbene Herzkrankheiten, Krankheiten des Verdauungstractus; doch ist Helminthiasis lange nicht so häufig Ursache von Psychosen, als man früher allgemein annahm.

Eine grosse Rolle in der Aetiologie der Kinderpsychosen spielen acute, schwere, besonders infectiöse Krankheiten, vor Allem Typhus abdominalis. Die Frequenz von Geistesstörungen bei Kindern infolge acuter Krankheiten beträgt nach Emminghaus 25%. Anämie und Chlorose begleiten sehr häufig die psychopathischen Processe. Welche Bedeutung der Blutarmuth in der Aetiologie der Kinderpsychosen zukommt, ist

noch unentschieden; nach Emminghaus kommen Fälle vor, in denen diese Krankheit als Ursache betrachtet werden muss. Endlich sind unter den somatischen Ursachen noch die Intoxikationen anzuführen, unter denen die Vergiftung mit Alkohol die wichtigste und wohl auch die häufigste ist.

Wenn auch den psychischen Ursachen nicht die hervorragende Bedeutung zukommt, welche denselben für das Zustandekommen geistiger Störungen bei Erwachsenen beigemessen werden muss, so sind unter denselben doch sehr wesentliche Schädlichkeiten zu suchen. Weniger sind hier Affecte und Leidenschaften als der Schreck zu nennen. Furcht, Angst, Gram oder Kummer sind seltener ätiologische Momente für Psychosen überhaupt, als vielmehr speciell Ursachen des Selbstmordes (s. §. 522a), resp. einer bestimmten Form des kindlichen Irrsinns, der Dysthymie. (Ueber Imitation vergleiche man p. 282 und 283).

Als gemischte Ursachen kann man verkehrte Pflege und Erziehung, Schulbesuch und Ueberbürdung, schliesslich geschlechtliche Reizung und Masturbation bezeichnen. „Für die späteren Jahre gegen die Pubertät hin überragt die Onanie alle anderen Schädlichkeiten an intensiver Wirkung“ (Schüle l. c.).

III. Formen der Kinderpsychosen.

§. 522.

Was die einzelnen Formen der geistigen Störung des Kindesalters anbetrifft, so sind die gewöhnlichsten die verschiedenen Arten psychischer Schwäche, die sogenannten Defect- und Entartungszustände von mangelnder geistiger Entwicklung an bis zum tiefsten Blödsinn. Nach Schüle zeigt die allgemeine Symptomatologie des kindlichen Irreseins „in aufsteigender Entwicklungsreihe zuerst Convulsionen als Krankheitsbild“, ein Irresein der Reflexcentren, wie es Maudsley nennt, und zwar auf der tiefsten Stufe in der bekannten Form eklamptischer Zustände, später im 1. und 2. Jahre als unwillkürliche Bewegungen oder gesteigerte Reflexe auf äussere Eindrücke, als „Mitbewegungen in Form der Chorea und ganz besonders häufig als Epilepsie.“ (Maudsley bezeichnet dieses Irresein als ein sensumotorisches und vergleicht damit den abnormen Geisteszustand, wie er in der Wuth der Thiere und der Epileptiker vorliegt). Bei mangelhafter oder ganz fehlender geistiger Entwicklungsfähigkeit kommt es dann später zum Idiotismus; bei bildungsfähiger Anlage verräth sich der pathologische Zustand in intellectueller Hinsicht durch ein krankhaftes Uebermaass der Phantasie, d. h. durch gesteigerte Erregbarkeit der Sinnescentren und ein aufgeregtes Traumleben mit Steigerung bis zu somnambulen Zuständen und Delirien

(Schüle l. c. p. 203). Auch Hallucinationen, meist beängstigender Art, treten schon in diesen zarten Jahren auf. Nach der Seite des Gefühlslebens zeigt sich in einzelnen Fällen ein weinerliches Temperament mit Neigung zur Hypochondrie, ein gesteigertes affectives Wesen mit erhöhter Convulsibilität. Auf höherer Stufe sehen wir ferner unmotivirte Depressions- und Exaltationszustände, mitunter periodisch mit einander abwechselnd. Erstere zeigen das vollständige Bild einer Dysthymie, wie sie bei Erwachsenen vorkommt. Die Verstimmung charakterisirt sich als stumpfer Depressionszustand, als motivloser Stupor mit zeitweise hervorbrechendem impulsiven Raptus. Die Exaltationsformen erscheinen bald als andauernde, ja habituelle, mässige, gemüthliche Aufregung mit leidenschaftlichem, störrigem und streitsüchtigem, boshaftem, zum Unheilstiften aufgelegtem Wesen; perverse feindliche Antriebe zur Selbst- und Gemeingefährlichkeit, zum Feuerlegen, zum Stehlen, meist anfallsweise und mit impulsivem Charakter auftretend, machen sich geltend, ganz denen der Erwachsenen entsprechend und sehr leicht als blosse üble Charaktereigenschaften missdeutet. So stellen sich die Krankheiten dar, wie sie Kahlbaum als Hebephrenie und Heboïdophrenie treffend beschrieben hat (cf. §§. 548—553). Bald ist es ein Zustand langdauernder, aber höher gestiegener Unruhe, mit völliger Unstetheit, zwecklosem Herumtreiben, Verwirrtheit der Intelligenz und Verkehrtheit des Gemüths; diese Aufregung geht bei der grossen Beeinträchtigung der psychischen Entwicklung bald in tiefere Schwächezustände über. Eine scharfe Trennung von der versatilen Form des kindlichen Blödsinns ist hier nicht möglich. Es sind dies Kinder, welche keinen Augenblick Ruhe halten, viel und verwirrt schwatzen, gar keine Aufmerksamkeit zeigen, stets herumirren, lachen, schreien etc., eine Form, die übrigens nach Séguin bei zweckmässiger Behandlung eine nicht ungünstige Prognose giebt. Endlich kommen auch längere oder kürzere Anfälle wirklicher Tobsucht vor.

Sobald sich bestimmte Vorstellungen in der Seele des Kindes gebildet haben, ist die Möglichkeit für die Entstehung von Wahnideen gegeben. Aber bei der mangelhaften Association der Vorstellungen kommt es noch nicht zu einer systematischen Ausbildung derselben im Sinne der Paranoia der Erwachsenen, wenn auch die Anfänge dieser Krankheitsform sich in vielen Fällen bis in die erste Kindheit verfolgen lassen. Die paralytische Geisteskrankheit fehlt vollständig, nach Schüle deshalb, weil sie ebenso wie die Verrücktheit eine Persönlichkeitsstufe voraussetzt, zu welcher das kindliche Gehirn vor dem Durchgang durch die Pubertät noch nicht reif genug ist. Ueber Epilepsie im Kindesalter vergl. §. 422, über Neurasthenie der Kinder §§. 506—508.

Anhang.

Ueber Selbstmord im Kindesalter.

§. 522a.

Man kann behaupten, dass fast alle Fälle von Suicidium im Kindesalter geistig gestörte Individuen betreffen. Die wesentlichste Ursache des Selbstmordes, der Lebensüberdruss, ist im Kindesalter wenigstens eine durchaus krankhafte Erscheinung, da als charakteristischer Zug des psychischen Lebens in der Kindheit heitere Stimmung durchweg herrscht. Die allgemeine Prädisposition zum Selbstmord ist bei Kindern, worunter wir Individuen unter 16 Jahren verstehen, geringer als bei jugendlichen Leuten jeder Altersklasse.

Von den bekannten Ursachen wirken am stärksten die depressiven Gemüthszustände, häuslicher Kummer, Furcht vor Strafe, Scham über einen Fehltritt etc. Da aber nur in einzelnen Fällen diese Ursachen Selbstmord nach sich ziehen, während in unzähligen anderen diese traurige Folge ausbleibt, so muss noch ein besonderes, prädisponirendes Moment hinzukommen, und als solches ist die Frühreife, überhaupt die Altklugheit, Excentricität und Bizarrerie zu betrachten. Diese Eigenschaften können sowohl spontan, als auch durch fehlerhafte Erziehung, überhaupt durch ungünstige Lebensbedingungen entstehen. „Die letzteren beiden Erscheinungen sind unzertrennlich mit einem bestimmten Grad von Intelligenzschwäche, oft auch mit einseitiger Förderung des Denkens verbunden; daher haben Excentricität und Bizarrerie nahe Verwandtschaft zum Wahn und Delirium, und die Handlungen, welche sie veranlassen, meistens die Bedeutung deliranter Actionen“ (Emminghaus l. c. p. 159). In anderen Fällen bestand notorische Seelenstörung, speciell Dysthymie.

Die Ausführung der That geschieht fast immer in der Einsamkeit. Was die Wahl der Todesart betrifft, so überwiegen Erhängen und Ertränken an Häufigkeit die anderen Methoden; von weiblichen Individuen wird nicht selten Gift gewählt. Das Vorkommen des Selbstmordes im kindlichen Alter ist in den Städten weit häufiger als auf dem Lande.

Nach Durand-Fardel (Ueber den Selbstmord bei Kindern, Annales med.-psych. Jan. 1855) fielen von 25 760 in Frankreich vorgekommenen Selbstmorden 192 in das Alter vor dem 16. Jahr, und in Wien betrug nach Zedlaczek die Zahl der Selbstmörder unter 15 Jahren von 1862—1887 1,8%.

ZWEITES CAPITEL.

Idiotismus und Cretinismus.

Litteratur.

Köstor: Ein Beitrag zur Kenntniss der feineren pathologischen Anatomie der Idiotie. Neurol. Centralbl. 1889, Nr. 10 p. 292—299. — Wildermuth: Untersuchungen über den Musiksinn der Idioten. Jahressitzung d. Ver. deutsch. Irrenärzte. Bonn 1888 (ref. Bruns, Neur. Centrlbl. 1888, Nr. 19 p. 547). — Camuset: Un cas d'idiotie avec cachexie pachydermique. Arch. de neurol. 1889. Jan. Vol. XVII. No. 49 (ref. Nonne, Neur. Centrlbl. 1889, Nr. 8). — Bourneville: Notes sommaires sur deux cas d'idiotie avec cachexie pachydermique. Arch. de neurologie 1888. Nov. No. 48 (ref. Nonne, Neur. Centrlbl. 1889, Nr. 8). — Zacher: Ueber einen interessanten Hirnbefund bei einer epileptischen Idiotin, zugleich ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der cerebralen Kinderlähmung. Arch. f. Psych. Bd. XXI, H. 1 p. 38. — Bourneville und Sollier: Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques. Progr. méd. 1888, No. 7. — Bourneville: Epilepsie idiopathique. Traitement de l'épilepsie par le bromure de nickel. Progr. méd. 1889, No. 24, 26. — Bourneville und Courbarien: Note statistique sur le rôle de consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité. Progr. méd. 1889, No. 23. — Féré und Lamy: Note sur la contraction idiomusculaire chez les épileptiques. Arch. de physiol. norm. et pathol. No. 3, Juli 1889. — Köstl: Der endemische Cretinismus. Wien 1855. — Guislain: Leçons orales II. p. 93. — Baillarger: Académ. de méd. 26. July und 29. July 1856. — Virchow: Ueber Knochenwachsthum und Schädelformen. Archiv XIII, 1858, p. 323. — idem: Gesammelte Abhandlungen. Frankf. 1856, p. 891 f. — idem: Entwicklung des Schädelgrundes. Berlin 1857. — idem: Würzburger Verhdlg. 1851, 1852, 1855 u. 1856. — Heschl: Ueber Porencephalie. Prager Vierteljahrsschrift Bd. 61, 1859, p. 59. — Förg: Die Bedeutung des Balkens. München 1855. — Reil: Arch. f. Physiol. Bd. 11, 1812, p. 341. — Solly: The human brain. Lond. 1826, p. 433. — Paget: Med. Chir. transact. Bd. 29, 1846, p. 55. — Isambert: Soc. de Biologie. Compt. rend. et mém. II, 2, 1856, p. 9. — Malacarne: in P. Frank, delect. opusc. med. Vol. VI. lic. 1789, p. 241. — Ackermann: Ueber die Cretinen etc. Gotha 1790. — J. u. E. Wenzel: Ueber den Cretinismus. Wien 1802. — Stahl: Neue Beiträge etc. Erlangen 2. Aufl. 1851. — idem: Klinische Studien etc. Ztschr. f. Psych. XI, 1854, p. 545 u. XVI, 1859, p. 1. — Lucä: Zur Architectur des Menschenschädels. Frankfurt 1857. — Gratiolet: Mém. sur la microcéphalie. Journ. de physiol. IX. Jan. 1860. — Lambl: Aus dem Franz-Joseph-Kinderspitale etc. Prag 1861. — Nièpce: Traité du goître etc. Paris 1851. — idem: Comptes rend. 37, 1853. — Morel: Etudes chimiques. — Fodéré: Essai sur le goître et le crétinisme. Tur. 1792. — Iphofen: Der Cretinismus. Dresden 1817. — Maffei und Rösch: Untersuchungen über Cretinismus. 2 Bde. Erlangen 1844. — Meyer-Ahrens: Häser's Archiv 1845, p. 360. Prager Vierteljahrsschr. Bd. 42, 1854, p. 99. — Behrend: Journ. f. Kinderkrankheiten 1846, Juli. — Rapport de la commission créée par S. M. le roi de Sardaigne etc. Turin 1848 (unentbehrlich für das Studium des Cretinismus). — Ferrus: Acad. de médecine, 10. und 31. Decbr. 1851 und Discussion. — Rösch: Beobachtungen über den Cretinismus. 3 Hefte. Tübingen 1850—1852. — Billet: Ann. méd.-psychol. 1854, p. 339, 362, 530. 1855, p. 41. — Morel: ibid. p. 342. — West: Journ. f. Kinderkrankheiten 1854, XII. 7—8. — Fabre: Traité du goître et du crétinisme. Paris

1857. — Morel: Traité des dégénerescences etc. Paris 1857, und die zwei späteren Werke (Clinique 1852 und Traité 1860). — Erlenmeyer: Archiv der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie I. 1858, p. 13, 97. — Theile: Ueber Cretinismus. Schmidt's Jahrb. 1860, Nr. 7. — Zillner: Ueber Idiotie in nova acta caesar. ac. Leop-Car. XIX. 1860.

Einleitung.

§. 523.

Unter der Bezeichnung des Idiotismus werden die Zustände begriffen, wo von Geburt oder von früher Jugend an geistige Schwäche besteht, und damit die psychische Entwicklung gehemmt oder doch gehindert wird; die betreffenden Individuen bleiben mehr oder weniger weit unter dem gewöhnlichen Durchschnittsmaasse von Intelligenz zurück und können die ihrem Alter und ihren Lebensverhältnissen entsprechende Bildung und Erziehung nicht erreichen. Diese Geistesschwäche ist entweder originär oder erworben.

So allgemein dieser Begriff des Idiotismus feststeht, so wenig stimmt man in der Bedeutung überein, die der ursprünglich populäre Ausdruck „Cretinismus“ in der Wissenschaft haben soll. Meistens heisst man Cretinen eine besondere Art von Idioten, welche eine erhebliche körperliche Missstaltung zeigen, und in diesem Sinne soll das Wort auch hier gebraucht werden. Diese Missstaltung muss zwar keineswegs immer eine und dieselbe specifische sein; doch giebt es eine, bei weitem häufigste und am besten bekannte, überall ziemlich übereinstimmende und charakteristisch erscheinende Art derselben, welche sich in verschiedenen Gegenden der Erde, namentlich in manchen Gebirgsgegenden als verbreitete, local bedingte Krankheit findet; diese Form, für die auch das Wort zuerst gebraucht wurde, und deren Prototyp der alpine Cretinismus ist, kann im engeren Sinne als Cretinismus bezeichnet werden; dieselbe wird unten beschrieben werden. Bei den Cretinen geht (im Allgemeinen und im Grossen betrachtet) der Grad der geistigen Störung mit der körperlichen Missstaltung so ziemlich parallel; man trifft daher hier in der Regel beide Verhältnisse zugleich und richtig, indem man Cretinen und Halbcretinen unterscheidet; die letzteren Zustände verlaufen sich dann durch ausserordentlich viele Mittelstufen ohne alle Grenze unmerklich in's Gesunde. Bei der Idiotie kann die Körperbildung vollkommen normal sein; man findet hier und da sogar wirklich schöne und wohlentwickelte Kinder mit den höchsten Graden von Blödsinn. In der Regel ist dies allerdings nicht der Fall, die körperliche Entwicklung ist doch beeinträchtigt, namentlich oft weit hinter dem Alter des Individuums zurückgeblieben, die Formen sind, besonders am Kopf und Gesicht, unvollkommen und unschön und nähern sich der Missbildung des Cretinismus mehr oder weniger.

A. Der Idiotismus.

I. Allgemeines Bild.

§. 524.

Der wesentliche Charakter aller idiotischen Zustände ist Schwäche des Vorstellens, als der Grundseelenthätigkeit, eine Schwäche, die in sehr vielen Fällen an allen Seiten des psychischen Lebens ganz gleichmässig erkennbar ist, während in anderen, einzelnen Seelenvorgängen, z. B. den Gemüthsbewegungen noch eine grössere Regsamkeit gestattet ist, oder selbst einzelne, grössere Vorstellungskreise frei und einer ziemlichen Ausbildung fähig geblieben sind (specielle Fertigkeiten, Talente einzelner Idioten). — Dadurch, dass die Schwäche des Vorstellens selbst die wesentliche Störung ist, unterscheidet sich die Idiotie ganz von den psychischen Unvollkommenheiten, welche auf Sinnenmangel beruhen, wie die Taubstummheit. Dadurch, dass jene Schwäche in einer frühen Lebenszeit eintritt, durch dieselbe also die psychische Entwicklung vernichtet oder doch sehr verzögert wird, unterscheidet sie sich von dem im späteren Leben erworbenen Blödsinn.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Schwäche des Vorstellens und damit die Hemmung der geistigen Entwicklung bei der Idiotie auf einer Gehirn-Anomalie beruht. Indessen finden sich auch bei den Idioten nicht immer gröbere, palpable Veränderungen am Gehirn oder seinen Hüllen, und man ist durch mancherlei Thatsachen zu der Annahme gedrängt, dass es auch idiotische Zustände giebt, wo die Schwäche des Vorstellens nicht auf organischen Veränderungen, sondern ursprünglich bloss auf einer Functions-Anomalie des Gehirns beruht. Hierher dürften manche Fälle gehören, wo häufige epileptische Anfälle in sehr früher Kindheit, oder wo sehr früh begonnene Onanie eine frühe Erschöpfung der Gehirnthätigkeiten herbeiführten, andere, wo lange allgemeine Kränklichkeit eines Kindes mit der Ernährung aller Organe auch die des Gehirns, und damit auch seine richtige Functionirung herabsetzte, ferner Fälle, wo die geistige Entwicklung stehen bleibt aus Mangel an aller äusseren psychischen Anregung, bei äusserster Vernachlässigung und Verwahrlosung, Umgebensein von anderen Blödsinnigen etc., überhaupt durch sehr ungünstige Aussenverhältnisse, endlich einzelne Fälle, wo die geistige Entwicklung nicht zu Stande kommt, weil bei schwächlichen Kindern ein so excessiver Grad von Gemüthsreizbarkeit, von leidenschaftlicher Aufregung bei jedem Versuche psychischer Einwirkung besteht, dass es nicht zur Ausbildung der normalen Vorstellungsprocesse kommen kann.

II. Aetiologie.

§. 525.

Es sind zu unterscheiden: 1) Ursachen von Seiten der Erzeuger; 2) während des Fötallebens; 3) während der Geburt; 4) in den Jahren bis zur Pubertät.

ad 1. Offenbar treffen in vielen Fällen mächtige Ursachen von den Erzeugern her schon den Keim des sich entwickelnden Wesens, das später ein Idiot werden wird. Wir sehen in Familien, wo Epilepsie, Geisteskrankheit, paralytische Affectionen, Taubstummheit häufig sind, auch Idiotie häufiger vorkommen; wir sehen diese öfters nur als eine Theil-Erscheinung, als ein Fragment einer allgemeinen Verschlechterung einer Rasse, sodass unter einer Reihe von Geschwistern einzelne Idioten neben anderen körperlich unvortheilhaft entwickelten, hässlichen, sehr klein bleibenden, sterilen Individuen sich finden. Zu derartigen Degenerationen kommt es besonders bei Mangel an Kreuzung, stetem Heirathen in naher Verwandtschaft, aber auch bei höherem Alter oder noch halbreifer Jugend der Eltern und bei Trunksucht derselben, wenn der Moment der Zeugung mit dem Zustande eines Rausches zusammenfällt. Zuweilen tragen alle Kinder einer solchen Ehe den deutlichen Stempel der Idiotie oder einer anderen Form von Entartung an sich, ja diese lässt sich in einzelnen Fällen als eine vom ersten bis letzten Kind zunehmende erkennen, so dass z. B. erst das letzte oder die beiden letzten ganz blödsinnig, die früheren im Wachsthum zurückgeblieben, hysterisch, nervös, gemüthsverkehrt, epileptisch, taubstumm sind. Andere Male kommen dazwischen ganz normale Individuen vor, ohne dass deshalb die Auffassung der Idiotie als einer Rassendegeneration in der betreffenden Familie unrichtig zu sein braucht; zur Zeit der Conception der verschiedenen Kinder können ja bei wechselndem Gesundheitszustande der Erzeuger die constanten (auf Degeneration hinwirkenden) Ursachen bald gesteigert, bald beträchtlich contrebalancirt gewesen sein.

ad 2. Eine andere, aber wenig gekannte Reihe von Ursachen wirkt während der Fötalperiode. In dieser Zeit kommen verschiedene Entwicklungsfehler und Erkrankungen des Gehirns und seiner Hüllen vor, zu denen hier und da äussere Beeinträchtigungen den Anstoss geben mögen, für die aber viel öfter kein directes mechanisches Moment sich finden lässt. Ein hoher Grad von Anämie der Mutter, Trinken derselben, heftiger Schrecken oder Kummer während der Schwangerschaft scheinen nicht ohne Einfluss zu sein.

ad 3. Bei der Geburt wirken nachtheilig Beschädigungen durch zu enges Becken, forcirte Zangengeburt, Sturz des Kopfes aus den Geschlechtstheilen bei präcipitirter Geburt, Prager Handgriff, tiefe Asphyxie nach der Geburt.

ad 4. Bei weitem am häufigsten aber beginnen die Erkrankungen, welche zu Idiotie führen (auch die hereditär angelegten), erst nach der Geburt, von der ersten Lebenszeit bis ins 3.—4., ausnahmsweise bis ins 5.—7. Jahr; sie beginnen und verlaufen theils acut, theils schleichend, chronisch und bestehen in congestiven, in entzündlichen oder sonstigen anomalen Ernährungsprocessen, seltener in Blutextravasationen am Gehirn und seinen Häuten, sehr häufig in Knochenaffectionen am Schädel. Eine schlechte, unzweckmässige Pflege der kleinen Kinder, ein zu heisses Verhalten des Kopfes, eine comprimirende Kopfbedeckung, der Gebrauch von Opiaten, Verletzungen und Erschütterungen des Kopfes und andere dergleichen zufällige Schädlichkeiten, anderweitige Kinderkrankheiten, wie acute Exantheme, Erschöpfungen des kindlichen Organismus durch die verschiedensten Ursachen, hier und da Syphilis, scheinen in dieser Zeit am meisten Einfluss auf die Entstehung jener Gehirnaffection auszuüben; der Einfluss einer früh entstandenen Epilepsie oder frühen Sexualreizes mit seinen weiteren Folgen, endlich der Einfluss einer totalen geistigen Vernachlässigung und des Umganges mit anderen blödsinnigen Kindern ist gleichfalls nicht gering anzuschlagen. Bei hereditär belasteten Individuen kann noch in der Pubertätszeit eine ohne äussere Veranlassung aufgetretene Hirnkrankheit einen dauernden Zustand von Schwäche bis Blödsinn hervorrufen.

Endlich giebt es eine gewisse Reihe mächtiger, localer, an gewisse Oertlichkeiten geknüpfter Ursachen, die wir bis jetzt als miasmatische bezeichnen müssen, die eine spätere Zeit vielleicht in ihre einzelnen Momente zu zerlegen wissen wird. Sie liegen vorzugsweise dem mehr im Grossen endemisch verbreiteten Cretinismus zu Grunde und werden insofern weiter unten nähere Besprechung finden; aber ganz analog scheinen auch beschränkter sich bildende Haus- und selbst Stubenmiasmen bei Feuchtigkeit, dumpfer, ungenügend erneuter Luft, Unreinlichkeit wirken zu können, wo denn besonders der lange anhaltende Aufenthalt der kleinen Kinder in solchen Räumen schädlich ist. Der „Cretinismus grosser Städte“ unter den Bewohnern niedrig gelegener, überfüllter, dumpfiger, kalter Räume ist gewiss zum Theil auf dieses miasmatische Moment zurückzuführen, wenngleich hier noch viele andere Schädlichkeiten mitwirken. Die miasmatischen Ursachen wirken weit mehr auf Entstehung von Schädel-Erkrankungen, als von Affectionen des Gehirns selbst oder seiner Häute; sie wirken zum Theil schon auf den Fötus, zum Theil erst auf das geborene Kind.

III. Pathologische Anatomie.

§. 526.

Da die sehr grosse Mehrzahl der Fälle von Idiotie auf palpabeln Anomalieen am Gehirn und seinen Hüllen beruht, so handelt es sich zunächst darum zu bestimmen, welche Anomalieen diese sind. Obenan unter diesen Anomalieen steht die Gehirnarmuth in ihren verschiedenen Modificationen. — Die abnorme Kleinheit des ganzen Gehirns (meist überwiegend ausgesprochen an den Windungen) mit Mikrocephalie ist als ein Stillstand des Wachsthums zu betrachten, welcher theils im Gehirn selbst, theils im Schädel begründet sein kann. Letzterer Fall scheint der häufigere, und es ist vorzüglich die frühzeitige Verknöcherung des ganzen Schädels, welche das Gehirn beengt und seiner normalen Ausdehnung entgegensteht. Bei der anderen, etwas selteneren Reihe von Mikrocephalen sind sämmtliche Schädelnähte bis ins erwachsene Alter wohl erhalten (wobei der Schädel wohlproportionirt oder asymmetrisch sein kann), und die Bedingungen der mangelhaften Entwicklung des Gehirns müssen in diesem Organ selbst gelegen gewesen sein, oder es ist der Schädel eben mit dem Gehirn klein geblieben, er hat unter der gleichen mangelhaften Bildung gelitten, wie letzteres. — Das Gehirn selbst kann in beiden Reihen von Fällen einfach verkleinert, ein Miniatur-Hirn ohne weitere Anomalieen oder Defecte und mit richtiger Proportion seiner einzelnen Theile sein; öfters bestehen dabei noch weitere Veränderungen, namentlich Gehirnsklerose, Hydrocephalus, ungleiche Grösse der Hemisphären, sonstige Asymmetrieen etc.

Bei manchen Mikrocephalen ist das Gehirn noch viel kleiner, als der Schädel von aussen erwarten lässt, wegen einer zuweilen enormen Verdickung der Kopfknochen und wegen des zuweilen auch in diesen kleinen Köpfen sehr bedeutenden Hydrocephalus.

Baillarger hat Fälle beigebracht, wo die Fontanellen schon bei der Geburt, jedenfalls zum grössten Theile, geschlossen waren, Cruveilhier einen Fall, wo im 18. Monate des Lebens schon Synostose sämmtlicher Schädelnähte bestand. Fälle, wo im 3.—4. Lebensjahre schon sehr viele Nähte verschmolzen sind, sind nicht sehr selten. Mikrocephale Schädel mit noch erhaltenen sämmtlichen Nähten hat u. A. Virchow beschrieben. Verfasser untersuchte den Schädel eines in Mariaberg verstorbenen 19 jährigen Mädchens, welches etwa die Grösse von 10—12 Jahren gehabt hatte, epileptisch und im äussersten Grade blödsinnig (ununterbrochener, tiefer Traumzustand, völlige Sprachlosigkeit, Unfähigkeit zu gehen und zu stehen) gewesen war. Der sehr kleine, stark brachycephale, durchaus etwas nach rechts und vorn verschobene Schädel zeigte sämmtliche Nähte, selbst die Sutura frontalis vollkommen wohlerhalten, ohne Spur von Verwachsung. — Ein anderer, aus der Anstalt in Winterbach dem Verf. mitgetheilter Schädel eines im 21. Lebensjahre gestorbenen blödsinnigen Mädchens (Gehirngewicht 36 Loth württ., Verkürzung der linken Grosshirnhemisphäre) erreichte nicht die gewöhnliche Grösse des Schädels eines 7 jährigen Kindes, zeigte aber sonst keine auf-

fallend abnorme Form, nur mässige Asymmetrie: die Sutura frontalis war nicht mehr vorhanden, die Pfeilnaht nach vorn unvollständig, nach hinten ganz verwachsen, sämmtliche übrige Nähte aber wohlerhalten.

Sehr häufig finden sich bei Idioten Gehirne mit partieller Verkleinerung oder mit einzelnen Defecten. Hierher gehören folgende Hauptfälle. Sehr oft kommt bei den Grosshirn-Hemisphären eine mangelhafte Entwicklung einzelner Parthieen vor, am häufigsten der vorderen Lappen (bei der so oft vorkommenden Verkürzung des Schädelgrundes ergiebt sich Verkürzung der ganzen Grosshirn-Hemisphären, aber an den vorderen Lappen ist dieselbe meistens überwiegend ausgesprochen), öfters mit auffallender Verkümmerung der Riechkolben, zuweilen auch der hinteren Lappen, wo dann das Cerebellum nicht so weit als gewöhnlich oder gar nicht vollständig vom Gross-Hirn bedeckt wird; dabei können die mangelhaft entwickelten Theile wenige, aber mittelgrosse, oder sehr kleine, wie geschrumpfte oder wie auf frühem kindlichen Zustand verbliebene Windungen zeigen.

Letzeren Zustand, in mässigem Grade, symmetrisch die Spitze beider Hinterlappen einnehmend, fand Verfasser bei einem 23jährigen Individuum, das nicht blödsinnig gewesen war, vielmehr mittlere Intelligenz gezeigt, gern und viel gelesen, aber gar keinen Geschlechtstrieb gezeigt hatte (es war dies zur Sprache gekommen, da der Kranke diabetisch war). Das grosse Gehirn bedeckte kaum das Cerebellum vollständig, ohne über dieses hinauszuragen.

Die ungleiche Grösse beider Gehirnhälften, namentlich beider Hemisphären des Gross-Hirns wird man kaum jemals als Hypertrophie der einen grösseren, sondern als Atrophie der anderen Hälfte aufzufassen haben, und diese anomale Kleinheit kann auch durch Schädeldifformität (einseitige Stenose), oder durch originäre mangelhafte Entwicklung, oder durch ein Stehenbleiben und Schrumpfen infolge von encephalitischen, apoplektischen u. dergl. Vorgängen, wovon zuweilen noch spät deutliche Spuren (braune, gelbe Stellen, kleine Gewebslücken u. dgl.) sich finden, entstanden sein. Es kommen hier alle Grade vor, von der leichtesten Verkürzung bis zu dem Zustande, wo eine ganze Hemisphäre fast total geschwunden und in ein mit Serum gefülltes Maschenwerk verwandelt ist; auch bei mässigen Graden ist oft die Substanz der kleineren Hemisphäre verändert, zäh, derb (sklerosirt), die der Seitenventrikel erweitert, das Ependym verdichtet etc.; die Asymmetrie setzt sich sehr häufig auf Cerebellum, Pons und Medulla oblongata fort, namentlich nimmt das Cerebellum öfters an der Atrophie Antheil, bei den Atrophieen aus Schädelverkürzung wie es scheint gleichseitig, sonst gekreuzt (vgl. Virchow, Entwicklung des Schädelgrundes. Berl. 1847, p. 114). Oefters bestehen Atrophie, Parese, Krämpfe der entgegengesetzten Körperhälfte (die in neuerer Zeit als „halbseitige Atrophie“ vielfach beschriebenen, keineswegs immer mit Blödsinn verbundenen

Zustände). — Weniger Beachtung hat die Verkümmerung an der Medulla oblongata und die ungleiche Grösse und Asymmetrie vieler Basilartheile bei den Idioten gefunden; sie werden aber um so wichtiger erscheinen, je mehr durch weitere Untersuchungen der knöcherne Schädelgrund als Ausgangspunkt der Störung in vielen Fällen erkannt worden ist. Virchow hat darauf aufmerksam gemacht, dass durch die sphenobasilare Synostose leicht Abweichungen in der Bildung der Brücke, der Medulla und des 4. Ventrikels entstehen können.

Bei dem oben erwähnten mikrocephalen Mädchen aus Mariaberg fand Verfasser an der Brücke und der Medulla oblongata folgende Veränderungen: Die Pyramiden beider Seiten sind gleich, die linke Olive ist etwas kürzer und besonders in ihrem unteren Theil kürzer als die rechte; der linke Processus cerebelli ad pontem ist schwächer, schmaler und an seinem vorderen Rande nach der Seite hin wie eingebogen; an der linken Brückenhälfte ist das schiefe Faserband (ruban fibreux Foville's, nach diesem vom Corpus restiforme herkommend) viel prononcirter, an seinem unteren Rande durch eine tiefe Rinne von den mehr querlaufenden Brückenfasern geschieden; im 4. Ventrikel ist das Tuberculum cinereum an der Spitze des Calamus links weniger entwickelt als rechts; die linke Kleinhirn-Hemisphäre schmaler, aber etwas höher als die rechte.

Unter dem Namen Porencephalie hat Heschl solche Gehirndefecte beschrieben, wo ein grösseres Stück der Windungen und des Centrum semiovale fehlt, sodass man meist durch die Lücke frei in den Ventrikel hineinsieht; jene wird von reichlichem Serum eingenommen, das in einer Blase oder einem Maschenwerke der inneren Gehirnhäute enthalten ist; zuweilen ist der Schädel an der betreffenden Stelle blasig vorgetrieben.

Als weitere, seltenere Befunde bei Idioten wurden endlich allerlei sonstige, mehr vereinzelte Gehirndefecte, Mangel oder ungewöhnliche Kleinheit in den verschiedensten Gebilden des Organs gefunden, und kaum dürfte es einen Gehirntheil geben, den man nicht schon einmal ganz fehlend oder in rudimentärem Zustand wahrgenommen hätte. So giebt es Beispiele vom Fehlen des ganzen Cerebellum (cf. den berühmten Fall Cruveilhier's, Anat. path. livr. 15. Pl. 5. 11jähriges idiotisches Mädchen), von mangelnder Zirbeldrüse (Schnepff, Soc. de Biologie, Gazette méd. 1850 p. 894), von Defecten des Fornix (Nièpce in mehreren seiner Cretinen-Sectionen), von ein- oder beiderseitig gering entwickelten Oliven, Pedunculis, Corpora mammillaria, Thalamus und Corpus striatum, von verkümmertem Chiasma, mangelnden Hörstreifen (Valentin), endlich von mangelndem oder rudimentärem Balken des Gehirns.

Unter diesen Fällen von Defect des Balkens fand sich in einigen tiefer Blödsinn; es scheinen dies lauter solche zu sein, wo das Gehirn ausserdem noch vielfache Defecte oder Anomalieen darbot. Hierher gehört der Fall von Bianchi (1748, citirt bei Förg): 7jähriges, im äussersten Grade blödsinniges Kind; vollständiger Mangel des

Balkens, beide Hemisphären ganz, auch die Thalami und Corpora striata zu einer Masse verschmolzen, die Zirbel fehlt, von der Pons nur eine Spur, keine von den Pyramiden und Oliven. Der Fall von Förg: 17jähriges, im höchsten Grade idiotisches, zugleich körperlich verkrüppeltes Mädchen; es fehlt der mittlere, freie Theil des Balkens ganz, ebenso das Septum, das Mittelstück des Fornix, die vordere und die weiche Commissur, vom Gyrus fornicatus ist nur ein Rudiment vorhanden, die Insel ganz verkümmert, sämmtliche Windungen abnorm gruppirt, viele ganz fehlend, die Lappen des Klein-Hirns asymmetrisch; Hydrocephalus.

Dagegen giebt es eine Reihe anderer Fälle, wo kein tiefer Blödsinn, sondern nur eine mässige geistige Schwäche bestand, ja wo selbst diese fehlte. Fall von Reil: 30jährige Weibsperson, stumpfsinnig, doch fähig zum Botengehen; der mittlere, freie Theil des Balkens nebst Knie, Balkenwulst und Septum fehlen vollständig, das übrige Gehirn scheint normal gewesen zu sein. Fall von Solly: 17jähriger, immer geistesschwacher Knabe, der aber gern religiöse Bücher las, gutgelaunt, willig, kindisch, schläfrig, geneigt zum Stolpern und Fallen; ausser dem Mangel des Balkens fand sich noch eine Cyste im Gehirn. Fall von Paget: 21jähriges Mädchen, geistig und gemüthlich durch Nichts sehr auffallend, kindliches Benehmen, sehr gutes Gedächtniss, rasches, der Ueberlegung und Vorsicht ermangelndes Handeln, scharfe, abrupte Sprechweise; vom Balken findet sich nur ein Rudiment, ein schmales Querband, Septum und mittlerer Theil des Fornix fehlen.

§. 527.

Zu den häufigsten Befunden im Gehirn der Idioten gehört der chronische Hydrocephalus, angeboren oder in früher Jugend entstanden, von den mässigsten bis zu sehr hohen Graden, oft begleitet von auffallender Verdickung des Ependyms der Ventrikel. In vielen Fällen scheint eben dieser Hydrocephalus das primäre und Hauptleiden zu bilden, und es ist dies wohl besonders für die Fälle mit verzögerter Ossification am Kopfe, Dünnbleiben der Knochen, beträchtlicher oder nur mässiger Schädelvergrösserung (Makrocephalie) anzunehmen. Dagegen ist in vielen anderen Fällen der vermehrte Serumgehalt im Schädel der Idioten offenbar secundär, eine Folge von Bildungshemmungen, von Atrophie einzelner Theile, kurz von Gehirndefecten (Hydrops ex vacuo) oder doch eine mehr accidentelle Complication mannigfaltiger Gehirnmissbildungen; ein überzeugendes Beispiel hierfür bietet der einseitige Hydrocephalus bei der Atrophie einer Gehirnhälfte. In allen diesen Fällen kann der Schädel den gewöhnlichen Umfang bieten oder selbst (nicht selten), wie schon oben bemerkt, beträchtlich verkleinert sein; das Volumen des Gehirns wird bei jeder, einigermaassen erheblichen Hydrocephalie als vermindert und sehr oft das vorhandene als weniger functionsfähig gedacht werden müssen.

Encephalitische Processe von verschiedener Ausdehnung, bald völlig heerdartig, bald mehr diffus und mit verschiedenem Ausgang, namentlich aber mit consecutiver Hirnsklerose und Atrophie der betreffenden Stellen, bilden in vielen Fällen von Idiotie den Hauptbefund. Der

Blödsinn ist hier sehr gewöhnlich von einer halbseitigen, motorischen Affection (Parese, Contractur) und oft von Epilepsie begleitet. — Auch jene ganz diffuse Wucherung der Bindegewebesubstanz des Gehirns, welche noch in weiterem Sinne zur chronischen Encephalitis gerechnet werden kann und welche sich oft bei den blödsinnig-paralytischen Zuständen der Erwachsenen findet, ist schon in einzelnen exquisiten Beispielen bei Idioten constatirt worden.

Ein hübscher Fall hiervon, von Robin mikroskopisch untersucht, ist von Isambert mitgetheilt: 2 jähriger Idiot, die Ventrikel-Wandungen, die grossen Ganglien, Pons und Pedunculi sehr hart und fest, das Gewebe hier von kautschukartiger Elasticität; in der weissen Substanz sind die Nervenröhren fast vollständig untergegangen, und dafür ist eine grosse Menge amorpher, granulöser Substanz vorhanden, ausserdem findet sich neugebildetes, faseriges Bindegewebe.

Um Vieles seltener als die bisher aufgeführten Zustände, findet sich bei den Idioten die Hirnhypertrophie, und ihre Unterscheidung von einem den Schädel ausdehnenden Hydrocephalus ist während des Lebens unmöglich, da ihr ebenso ein grosser Kopf und eine unvollständige Verknöcherung des Schädels zukommen können, wobei auch — was für manche Verhältnisse von Interesse ist — so wenig wie beim Hydrocephalus die Schädelbasis ausgedehnt wird, vielmehr kurz bleibt oder sich nur bis zum normalen Mittel entwickelt (Virchow).

Baillarger erwähnt den Fall eines 4jährigen Kindes, wo das Gehirn 1305 g wog (also so viel und selbst noch mehr als bei manchen Erwachsenen), und einen anderen Fall eines Kindes (Gazette hebdom. 1859, No. 6 p. 93), wo der Körper 23 kg das Gehirn 1160 g wog; Bricquet, Delasiauve haben neuerlich analoge Fälle berichtet.

Eine auffallende und bis jetzt wenig beachtete Erscheinung ist der von vielen und verschiedenen Beobachtern (Stahl, Rösch, Nièpce 7. und 9. Section) im Gehirn einzelner Idioten bemerkte ungewöhnliche Reichthum an grauer Substanz (an den gewöhnlichen Stellen), sodass dieselbe die weisse überwiegt. Hier und da findet sich auch Neu-Bildung grauer Substanz an Orten, wo sich normal keine findet (von Virchow bei einem Epileptisch-Blödsinnigen, vom Verfasser einmal bei einem Epileptiker, über dessen geistige Beschaffenheit keine Nachricht vorlag, gefunden). Endlich wird aus einzelnen Sectionen von einer jedenfalls interessanten, ungewöhnlichen Grösse der Hypophysis berichtet (Nièpce, Bergmann).

§. 528.

Von der Betrachtung der Anomalieen des Gehirns selbst wenden wir uns zur Betrachtung der Schädel-Anomalieen. Solche kommen in ungemeiner Häufigkeit und Mannigfaltigkeit bei den Idioten vor. Sehen wir ab von solchen Schädelveränderungen, die bis jetzt ein ge-

ringeres Interesse für die Deutung des Idiotismus haben, wie die häufige, aber in der Regel mehr partielle Verdünnung und die noch viel häufigere, meist mehr oder weniger allgemeine Verdickung der Schädelknochen, welche sich oft auch als der einzige palpable Befund bei Epileptikern findet, und deren Zusammenhang mit dieser Störung und auch mit der Idiotie für viele Fälle noch ganz unklar ist, — oder etwa noch von dem seltenen Falle der lange, selbst noch bis ins erwachsene Alter offengebliebenen Fontanellen u. dgl., so haben wir es vorzüglich mit solchen Abweichungen in der Entwicklung und dem Wachsthum des Schädels zu thun, welche ihm anomale Formen geben.

Manche Abweichungen in der Bildung des Schädeldaches entstehen ursprünglich aus primären Anomalieen in der Gehirnbildung; das Knochen-Wachsthum am Kopfe bleibt zurück mit dem zurückbleibenden Gehirn-Wachsthum, es wird zurückgehalten durch Kleinbleiben des ganzen Gehirns oder einzelner Gehirntheile, durch asymmetrische Gehirnbildung u. dgl. Aber offenbar in noch weit mehr Fällen sind die Abweichungen am Schädeldache unabhängig vom Inhalte, von der Gehirn-Entwicklung, primär. Diese beruhen ganz vorzüglich auf einem Angehaltenwerden des Knochenwachsthums, und dieses wieder scheint öfters in einer einfachen Mangelhaftigkeit und Unvollkommenheit der Bildung von Knochensubstanz, vielleicht aus constitutionellen, auf die Ernährung überhaupt ungünstig einwirkenden Gründen zu bestehen; namentlich aber und am häufigsten ist es Folge eines idiopathischen, krankhaften, wie es scheint, entzündlichen Processes an den Nähten, von denen aus das normale Knochen-Wachsthum am Schädeldache geschieht, welcher Process zu Verschliessung dieser Nähte führt. Sobald irgendwo eine Naht frühzeitig geschlossen wird, bildet sich an dieser Stelle eine Verengerung des Schädels, indem das Knochenwachsthum, das von der Naht aus weiter gehen sollte, sistirt wird, und zwar natürlich immer in einer auf die Naht selbst perpendiculären Richtung. Diese Verengerung einer Stelle kann, wenn sie bedeutend ist, ihre Wirkungen weit über diese Stelle hinaus erstrecken; so wirkt z. B. eine grössere, vorzeitige Synostose am Schädeldach auch störend auf das Wachsthum des Schädelgrundes, verkürzt, verengert denselben.

In manchen Fällen bleibt es einfach bei dieser Verengerung durch die Wachsthumshemmung des Schädels, und der Schädel wird durch sie allein missgestaltet. In vielen anderen Fällen bilden sich aber an anderen Stellen des Schädels ausgleichende Erweiterungen, indem das Gehirn nach der Seite hin wächst, wo es weniger Widerstand findet, indem dort die Nähte durch das wachsende Gehirn mehr gespannt und ausgedehnt werden, die Nahtsubstanz mehr gestreckt wird

und dadurch mehr Verknöcherungspunkte bietet, vielleicht auch selbst zu reichlicherer Wucherung gebracht wird. Diese Compensationen corrigiren die Raumbeengung in der Schädelhöhle, setzen aber nicht selten eine noch grössere Difformität des Schädels als die ursprüngliche Verengerung veranlasst hatte. Bei irgend bedeutenden Nahtsynostosen sind übrigens die Compensationen selten genügend, und es ist daher hier trotz derselben der Raum in der Schädelhöhle doch gewöhnlich verkleinert.

Die durch diese Stenosen entstehenden Difformitäten des Schädels lassen sich auf einige Haupttypen zurückführen. — Erfolgt eine frühzeitige Schliessung aller oder doch sehr vieler Nähte des Schädeldaches, so ergiebt sich hieraus einfache, gleichmässige Mikrocephalie; schliesst sich hier auch der Schädelgrund bald, oder bildet sich dort keine Compensation, so bleibt der ganze, kleine Schädel in richtiger Proportion; aber das Wachsthum des Gehirns ist in ihm auch gleichmässig aufs Tiefste gestört; erfolgt dagegen eine starke Compensation dadurch, dass die Verknöcherung der Schädelbasis ganz ungewöhnlich langsam erfolgt, und dadurch eine viel grössere Ausdehnung derselben ermöglicht wird, so scheint hieraus ein ganz eigener Typus der Gesichts- und Körperbildung und des geistigen Lebens zu entstehen, den wir unten als Aztekentypus näher beschreiben werden. — Die bloss partiellen Nahtverschliessungen am Schädeldache bedingen folgende Hauptformen: Quer verengte, zu schmale Schädel entstehen hauptsächlich durch frühzeitige Verknöcherung der Pfeilnaht, viel seltener und mehr mit Verengerung der Stirn- als der Scheitelgegend durch Synostose der Sphenofrontalnaht; durch doppelseitige Synostose zwischen Hinterhaupt und Zitzentheil des Schläfenbeins kann — wie Verfasser an dem Schädel eines 19jährigen halbcretinischen Mädchens fand — die ganze untere Schädelparthie zwischen den Zitzenfortsätzen und damit der Raum für das kleine Gehirn sehr verschmälert werden. Die Compensationen erfolgen bei diesen Schädeln in der Längsrichtung, durch Vergrösserung der Stirngegend und durch kapselartige Vorwölbung des Hinterhauptes. — Die zu kurzen Schädel entstehen vor Allem hinten durch Synostose der Lambdanaht mit den Scheitelbeinen (der höchste Grad des ganz fehlenden Hinterhauptes giebt hier die seltene, affenähnliche Form der sogen. Maske), und diese werden öfters corrigirt durch compensatorische Entwicklung der Gegend der vorderen Fontanelle (Spitz- oder Zuckerhutköpfe); vorn entsteht Schädelverkürzung durch ausgedehnte Synostose der Stirn- und Scheitelbeine — schon zugleich sehr niedere Schädel. — Andere zu niedere Schädel entstehen durch Verwachsung des Keilbeinflügels mit dem Stirnbein und durch Synostose der Schläfenschuppe. — Endlich kommen die asymmetrischen, schräg verengten, schiefen Schädel durch einseitige Synostosen zu Stande, vorn durch Ver-

wachsung der einen Hälfte der Kranznaht, hinten durch Verwachsung der einen Hälfte der Lambdanaht; die Compensationen erfolgen durch vermehrte Ausdehnung an den entgegengesetzten Stellen. — Alle diese aufgezählten Stenosen, in früher Zeit entstanden, beeinträchtigen die Entwickelung der entsprechenden Gehirntheile (z. B. die halbseitigen setzen gern Verkürzung einer Hemisphäre des Gross-Hirns etc.), Hemmungen, welche durch die erwähnten Compensationen nur selten vollständig und ohne alle Folgen ausgeglichen werden.

Haben die ursprünglichen, primären Hemmungen in der Gehirnbildung einen sehr grossen Einfluss auf die Entwicklungsverhältnisse und die Form des Schädeldaches, so ist ein solcher auf die Entwicklung der Knochen des Schädelgrundes bis jetzt fast unbekannt und alle dort vorkommenden Veränderungen, wenn sie nicht gerade compensatorisch oder überhaupt consecutiv nach Veränderungen am Schädeldache entstanden sind (so kann z. B. die Synostose der oberen Schädelnähte, besonders der Kranznaht, direct auch noch auf den Schädelgrund verkürzend wirken), sind bis jetzt als primäre und selbstständige, von Ernährungsstörungen an Knochen und Knorpel selbst ausgehende Anomalieen zu betrachten. Sie gehen fast ganz aus frühzeitigen Verknöcherungs-Processen an der Basis hervor. Wie nämlich am Schädeldache das Knochenwachsthum an die Persistenz der Nähte, so ist es an der Basis an die Persistenz der Knorpelfugen gebunden, und die frühzeitige Verknöcherung dieser Knorpelfugen setzt besonders einen Stillstand im Längenwachsthum der Basilarknochen, der nothwendig zur Verkürzung der Schädelbasis führt. Es ist weit weniger die Verknöcherung der Knorpelscheiben zwischen den primitiv vorhandenen, vorderen und hinteren Keilbeinen, welche diese Folge hat; diese ist ohnedies schon bei der Geburt vollendet, oder vollendet sich doch bald nach derselben; es ist vornehmlich die Ossification der Synchondrose zwischen Keilbein und Grundbein, die im Normalzustand erst im 15., bei nicht wenigen Individuen erst im 20. Jahre und noch später erfolgt, sodass die Schädelbasis nach dem Clivus hin im Normalzustand gut 15 Jahre Zeit in die Länge zu wachsen hat. — Diese synostotische Verkürzung am Schädelgrund hat weitgreifende Folgen. Entsteht sie sehr früh, so fixirt sie dort eine Form, welche sonst nur bis zur Mitte des Fötuslebens normal ist, nämlich eine stärkere Biegung des Schädelgrundes nach oben, einen kleinen Vereinigungswinkel des Keilbeins mit dem Grundbein (sphenoidale Kyphose), einen steileren Clivus; ferner bringt jene Verkürzung eine Missstaltung der Physiognomie mit sich (Cretinen-Physiognomie im engsten Sinne), welche ausgezeichnet ist durch vorgeschobenen Nasenrücken (aufgeworfene Nase), tief eingedrückte, sehr breite Nasenwurzel, also weit von einander abstehende Augen, breite, aber weniger tiefe Augenhöhlen, vor-

geschobene Jochbeine und Kiefer (Prognathismus). Es knüpft sich an die Hemmung der Entwicklung des Schädelgrundes die weitere Folge einer mehr flachen und queren Stellung der Felsenbeine und eines Schmalbleibens der grossen Keilbeinflügel und der damit verbundenen mittleren Schädelgrube, und so wird durch dieselbe — neben einer möglichen ungünstigen Einwirkung auf die Bildung der Pons und Medulla von Seiten des sich anomal gestaltenden Clivus — vornehmlich eine hemmende Wirkung auf das Wachsthum des vorderen und Mittel-Hirns ausgeübt. Es kann dabei wirkliche Mikrocephalie vorhanden sein; öfters ist dies nicht der Fall, und es kommen hier verschiedene, wahrscheinlich eben wegen der mangelhaften Gehirn-Entwicklung doch nicht leicht vollständige Compensationen, theils durch Entwicklung des Schädels nach oben (Spitzkopf), theils durch Verlängerung des Schädeldaches mit Erhaltung der Stirnnaht, durch mässige Ausweitung des Ober- und Hinterkopfes, zu Stande.

§. 529.

Ueberblickt man das bisher über die anatomischen Grundlagen der Idiotie und des Cretinismus Mitgetheilte, so ergiebt sich, dass in einer sehr grossen Menge von Fällen sich Gehirnanomalieen und solche Schädelanomalieen finden, welche ungünstig auf die Gehirn-Entwicklung einwirken müssen. Beide Reihen von Anomalieen sind der verschiedensten Art, sie lassen sich weder auf einen einzigen Typus, noch auf einen einzigen Grund-Process zurückführen. Wir müssen uns auch sehr hüten, in der speciellen Art einer gerade vorliegenden Anomalie, z. B. in einem Hydrocephalus oder einem Mangel am Commissurensystem des Gehirns, gerade den unmittelbaren anatomischen Grund der vorliegenden psychischen Störung, der bestehenden Idiotie zu sehen; jene Anomalie oder jener Defect ist vielleicht gerade für die specielle psychische Störung indifferent, und letztere hängt von der Qualität der Functionirung in den vorhandenen, scheinbar ganz normalen Theilen ab. Allein jene palpabel vorliegenden Veränderungen zeigen einestheils das klar, dass jedenfalls das Gehirn erkrankt oder defect war, und anderentheils müssen wir uns erinnern, aus welchen Elementen sich langsam die psychische Entwicklung des Kindes aufbaut, wie die Verarbeitung der sinnlichen Eindrücke und die Bildung der inneren Bewegungsanschauungen die eigentliche Basis der geistigen Entwicklung ausmachen, wie also Störungen in der Function solcher Hirnparthieen, welche vielleicht mit den Processen höchster psychischer Dignität noch wenig zu thun, aber grossen Einfluss auf die Ausbildung der beiden vorhin genannten, schon mehr sensitiven und motorischen Gehirnfunctionen haben, der Bildung des Geistes ihre Grundlage entziehen können, indem sie

ihm gleichsam die gesunden Wurzeln abschneiden, mit denen er aus der Sinnlichkeit sich entwickeln soll.

Was aber den Mechanismus betrifft, durch den sich jene einzelnen Gehirnveränderungen bilden, so kennen wir in dieser Hinsicht wohl Manches, was zur Erklärung ihrer Entstehung dient (fötale Entzündungs-Processe des Gehirns, andere Fötalkrankheiten, Synostosen etc.); aber für die Fälle mangelhafter Entwicklung scheint mir ein Moment noch mehr Beachtung zu verdienen, als ihm bisher geschenkt wurde, nämlich die anomale Enge der Gehirnarterien, als primärer Bildungsmangel oder als eine selbst wieder durch eine Knochenanomalie mit Verengung der Schädellöcher (namentlich vom Keilbein bei Verengung des Canalis caroticus?) gesetzte Störung.

Diese Enge findet sich als auffallend an der A. fossae Sylvii und an der Basilaris in mehreren Obductionen von Nièpce angegeben; ebenso in 3 Fällen von endemischem Cretinismus des Aostathales die Vertebral- und Basilararterie auffallend klein (Rapport de la comm. sarde. p. 204); Verfasser selbst fand an dem Schädel eines blödsinnigen Mädchens mit Hirnarmuth und ungleicher Grösse beider Hemisphären beide Foramina carotica, besonders aber das rechte, ganz auffallend eng.

IV. Allgemeine Symptomatologie.

a. Somatische Störungen.

1. Entwicklungsfehler.

§. 530.

Nach Wildermuth zeigen 80 % der Idioten Degenerationszeichen. Körperliche Entwicklungsfehler sieht man besonders bei hereditärer Idiotie. Sie kommen auch bei allen Formen der Idiotie, besonders aber bei den schweren Graden vor und entsprechen, als theils morphologische, theils functionelle Störungen, den in §. 140, 1 aufgezählten Belastungszeichen. — Missbildungen an Augen, Ohren und Gesichtsknochen, Gaumen und Unterkiefer, an der Haut Faltenbildung und Verdickung an der Stirn, dicke, wulstige Lippen, eine dicke, fleischige, zuweilen die Zähne schief nach vorn drängende Zunge, Speichelfluss, ungleiche, unförmliche, bald wieder absterbende, cariöse Zähne, durchschnittlich geringes Längenwachsthum, pueriler Habitus, Ausbleiben der Bart- und Schamhaare finden sich bei vielen Idioten aller Grade. Die sexuellen Functionen fehlen gänzlich bei den Idioten höchsten Grades, die Genitalien sind häufig klein und verkümmert; die Periode tritt spät (nach dem 20. Jahre) oder gar nicht ein; daraus folgt Impotenz resp. Sterilität, zuweilen brunstartiges Auftreten der sexuellen Triebe. Doch finden sich nicht selten auch Fälle des äussersten Idiotismus mit zu rechter Zeit eingetretener und ziemlich regelmässiger Periode; und üble sexuelle Gewohnheiten sind auch in den schweren Fällen ebenso häufig, als für die dürftigen psychischen

Functionen schwächend und zerstörend. — Bei den Idioten mittleren Grades verhalten sich die sexuellen Functionen gleichfalls verschieden, im Allgemeinen aber besteht durchaus eher Herabsetzung als Steigerung; Conceptionen kommen wohl unter den weiblichen Halbcretinen nicht selten vor, aber die ganze Sage von dem gesteigerten Geschlechtstriebe der Idioten ist falsch und gründet sich nur auf das schamlose Benehmen einzelner dem Halbcretinismus angehöriger Individuen.

„Beobachtungen, welche sich auf die Anomalieen im Bereiche der Urogenital-Apparate erstrecken, sind von Bourneville und Sollier an 728 Individuen, theils Idioten, theils Epileptikern in Bicêtre angestellt worden. Die in Betracht kommenden Abnormitäten waren Phimosis, Hypospadie, Varicocele, Entwicklungsmängel oder Atrophie eines oder beider Hoden, Hernien und Missbildungen der Glieder im Allgemeinen, unter denen besonders die unverhältnissmässig grosse Entwicklung der Glans (Keulen- und Klöpfelformen des Penis) sehr häufig angetroffen wird. 262 Patienten boten jene Störungen entweder isolirt oder gepaart mit anderen körperlichen Abnormitäten dar. Das ist eine ziemlich grosse Zahl, wenn man sie mit Statistiken bei Gesunden vergleicht.

Die von den ersten Lebensmonaten an bestehende Idiotie hat grösseren Nachtheil auf die körperliche Entwicklung des Individuums als diejenige, welche in den Pubertätsjahren und später auftritt. Dies bezieht sich auch auf die Entwicklung der Genitalien, durch welche die spätere Entwicklung der Potenz nachtheilig beeinflusst wird.“ (Laquer, Neurol. Centralbl. 1888, Nr. 24).

Unter den körperlichen Complicationen der Idiotie sind zu erwähnen: Epilepsie in 30%, spinale Störungen und als allgemeine Ernährungsstörungen Anämie, Scrophulose und Tuberculose; charakteristisch ist auch das relativ geringe Schlafbedürfniss, die geringe Neigung zu Delirien bei fieberhaften Krankheiten.

2. Anomalieen in den Sinnesorganen und in den Bewegungen.

§. 531.

In den schweren Fällen sind solche, namentlich die letzteren, wohl ohne Ausnahme, wenngleich in sehr verschiedenem Grade vorhanden und hängen hier meistens direct von den Krankheiten der centralen Nervenapparate ab. — Am besten ist in der Regel noch der Gesichtssinn, und wo er leidet, da scheint dies mehr auf Erkrankungen des inneren Auges, welche Amblyopie bedingen, als auf der Erkrankung im Schädel zu beruhen; Strabismus aller Grade ist sehr häufig. — Oefter schon ist das Gehör schwach, meist aber ist es sehr schwer zu entscheiden, ob wirklicher Gehörmangel oder nur der gänzliche Mangel der Aufmerksamkeit vorliegt. —

Wildermuth (l. c.) prüfte den Musiksinn bei 180 Idioten verschiedenster Grade und 85 normalen Schulkindern. „Untersucht wurden Treffsicherheit, Harmoniesinn und Musikgedächtniss. Danach wurden die betreffenden Individuen in 4 Klassen eingetheilt I = gut, IV = 0).

Bei Idioten	Bei gesunden Kindern
I = 27%	I = 60%
II = 36%	II = 27%
III = 26%	III = 11%
IV = 11%	IV = 2%

Die Zusammenstellung ergiebt ein relativ gutes Resultat bei den Idioten. Bei den Blödsinnigen konnte der Eindruck der Musik nur im Mienenspiel constatirt werden; bei 25 von 30 war der Eindruck ein durchaus freudiger. Bezüglich der Verhältnisse zur Aphasie ergab sich das bemerkenswerthe Resultat, dass die Kranken mit intellectueller Aphasie (Dysphasie) meist sehr musikalisch waren, während bei Kranken mit motorischer Aphasie der Musiksinn meist völlig fehlte. Bei den Folgezuständen der infantilen Encephalitis (rechte und linke Hemiparese) war Störung des Musiksinns ohne gleichzeitige Aphasie nicht vorhanden. Bei sklerotischen Heerden war der Musiksinn äusserst gering oder fehlte ganz."

Geruch und Geschmack sind am häufigsten unvollkommen (die Riechkolben auch oft mangelhaft ausgebildet); selten kommt ein thierisches Beriechen der Sachen mit Abweisen des nicht Zusagenden vor, Viele scheinen für alle Geruchs-Eindrücke ganz indifferent und ebenso in Bezug auf Geschmack, sodass sie das Unsauberste in den Mund stecken, Unrath und Brenn-Nesseln essen; Andere haben eine specifische Abneigung gegen gewisse Speisen, z. B. Fleisch, essen nur Milch und Brot etc. — Die Hautempfindung ist bei Vielen sehr stumpf, es wird sehr wenig Schmerz von der Haut aus erregt, und man hat Beispiele wirklicher, ausgedehnter Hautanästhesie. Dies gilt indessen nur für die schweren Fälle; bei vielen Halb-Idioten oder blos „Zurückgebliebenen" fällt dagegen die Empfindlichkeit gegen Kälte und Verletzungen auf; unter diesen ist schwaches Gehör noch immer an der Tagesordnung.

Die Bewegungsanomalieen bestehen in Krämpfen, Contracturen und Paralysen. — Die Krämpfe sind bald beschränkt, z. B. auf die Zehen, auf einen Arm, ein Bein, bald mehr allgemein, und die letzteren nicht selten veitstanzartig. Am wichtigsten aber sind die epileptiformen Krämpfe, welche eine so äusserst fatale, die Prognose so sehr trübende Zugabe zu den idiotischen Zuständen bilden und in den schweren Fällen so häufig sind. Sehr oft bilden jene um die Dentitions-Periode oder etwas später eingetretenen acuten Gehirnaffectionen (§. 527) den Aus-

gangspunkt für die Epilepsie, wie für den Blödsinn selbst; es giebt Fälle, immer der allertraurigsten Art, wo sich die epileptischen Krämpfe Jahraus Jahrein alle Tage wiederholen. Offenbar ist die Epilepsie meistens ein Symptom der Krankheit der centralen Nervenapparate, welche auch die mangelhafte geistige Entwicklung bedingt, und tritt dann gleichzeitig oder auch erst längere Zeit nach dem Beginn der Idiotie (zuweilen sogar erst in der Pubertätsepoche) auf; aber es giebt gewiss auch Fälle, wo ein anderes Verhältniss zwischen beiden Symptomen-Reihen besteht, wo die Epilepsie ganz das primäre und Hauptleiden, und die geistige Schwäche als Folge der durch sehr häufige Anfälle gesetzten heftigen Erschütterung und Erschöpfung der Gehirn-Functionen zu betrachten ist, wie wir zuweilen auch bei Erwachsenen, besonders nach den ersten, rasch wiederholten epileptischen Anfällen, eine mehrtägige, äusserste Stumpfheit und allseitige Störung in den psychischen Acten sehen.

Von Contracturen kommen mehr partielle, an den Zehen, Caput obstipum, spastischer Klumpfuss u. dgl. vor, doch hier und da auch grosse, z. B. im Kniegelenk, sodass die Fersen an die Nates angepresst gehalten werden. — Viel häufiger sind die paralytischen Zustände. Von den tiefstehenden Idioten können viele weder gehen noch stehen, die unteren Extremitäten sind erschlafft oder steif und atrophisch, wobei sehr oft noch leichte krampfhafte Bewegungen an ihnen stattfinden; manchmal findet sich der Zustand von Muskel-Erschlaffung mit frühzeitiger fettiger Atrophie, Kleinbleiben, blaurother Färbung und Kälte der Extremitäten, wie man ihn bei der sog. „Kinderlähmung“ (Heine) beobachtet, und es giebt hiervon alle möglichen Uebergänge zu mehr partiellen Lähmungsformen, paralytischem Klumpfuss u. dgl. Manche dieser Paralysen in den schweren Fällen sind auf die Gehirnaffection selbst, andere, wie es scheint, auf eine gleichzeitige Erkrankung (Atrophie) des Rückenmarkes zu beziehen; die elektrische Contractilität soll auch beschränkt sein (Zuradelli 1860). Auch in den leichteren Fällen von Idiotie, z. B. bei den Halbcretinen, sehen wir noch sehr häufig nicht nur die kraftlose Haltung des ganzen Körpers, den unsicheren Gang, den unbehülflichen Gebrauch der Hände, sondern auch noch manche Andeutungen spastischer und paralytischer Muskelaffectionen, mangelhafter Entwicklung oder Atrophie einzelner Muskel-Gruppen oder einer ganzen Körperhälfte.

Interessant ist die Beobachtung der automatischen Bewegungen und des ganzen äusseren Habitus, besonders in den schwersten Fällen. Es liegt in diesen schwachen und oft so sonderbaren Aeusserungen des ganz verkümmerten Seelenlebens etwas, was den Beobachter wie ein zu lösendes Räthsel reizt; aber wer möchte bestimmen, was hier eigentlich seinen Ausdruck finden soll? — Bei manchen dieser Kinder

sehen wir stets fortgesetzte, schaukelnde, schwankende Bewegungen des Körpers, von einförmigen, singenden, murmelnden, eine Art Tact angebenden Tönen begleitet, andere schütteln beständig den Kopf, lecken immer an den Fingern, klatschen oft in die Hände, schlagen heftig an die Wand, schnauben und blasen mit dem Munde etc.; ganz eigenthümlich ist vollends das nicht selten vorkommende rasche Greifen nach einem Augenwinkel, wobei das Auge etwas gerieben, comprimirt oder verschoben wird (wollen sie doppelt sehen?). In den Gesichtszügen und der Haltung dieser tiefstehenden Idioten-Kinder liegt vollständige Nullität mit unmotivirtem Wechseln oberflächlicher Gemüthszustände (Lachen und Weinen), die wie eine leichte kurze Wellenbewegung über eine träge daliegende Fläche hinzittern.

§. 531a.

Bourneville macht darauf aufmerksam, dass neben vielen und complexen Läsionen bei myxödematösen Idioten die Abwesenheit der Glandula thyreoidea constatirt ist, was sicherlich mit dem myxödematösen Zustand und dem Stillstand der Gehirn-Entwicklung im Zusammenhange steht. Diese Thatsache ist mit der cretinenartigen Kachexie nach Exstirpation der Glandula thyreoidea, die von Kocher u. A. angegeben ist, zusammenzuhalten. Nicht selten findet man bei Idiotie Kachexie pachydermique.

Beispiel 1. Fehlen der Glandula thyreoidea: „5 jähriger Knabe; keine hereditäre Belastung. Gang schleppend und mühsam, Haare spärlich, Ekzem der Kopfhaut, Stirnfontanelle noch offen, Nase glatt, Lippen und Zunge auffallend dick, Zahnbildung zurückgeblieben, Hals kurz, Glandula thyreoidea nicht zu constatiren. Die vier Extremitäten sind kurz und dick, pseudo-ödematös, Bauch dick, Hoden sehr gross, an Schultern und Infraclaviculargrube Fettwülste, Sprache auf wenige Worte beschränkt, Stimme rauh, Gesichtsausdruck blöde, das ganze Wesen indolent und apathisch, Hautfarbe blass, Hernia umbilicalis“ (Bourneville, ref. Nonne, Neur. Centrlbl. 1889, Nr. 8).

Beispiel 2. Fehlen der Glandula thyreoidea: „17 jähriges Mädchen, keine hereditäre Belastung, Haare spärlich, Ekzem der Kopfhaut, Kopf dick, Stirn niedrig, Stirnfontanelle nicht geschlossen, Hautfarbe fahl, Augenlider pseudo-ödematös, Blick ausdruckslos, Nase glatt, Lippen dick, Mund gross, abnorme Zahnstellung, Zunge sehr dick; Ausdruck wegen hochgradiger Prognathie affenartig, Fettwülste an Schultern und Infraclaviculargruben, Hals kurz, Glandula thyreoidea nicht zu fühlen, Bauch dick, obere und untere Extremitäten kurz und dick. Stimme rauh, Sprache auf wenige Worte beschränkt, völlige Idiotie, Hernia umbilicalis“ (Bourneville, Nonne l. c.).

Beispiel 3. Fehlen der Glandula thyreoidea: „Vater, sowie sechs Brüder und eine Schwester der Patientin sind Potatoren. Letztere lernte erst im 7. Lebensjahre gehen und kann seit ihrem 12. Jahre überhaupt nicht mehr allein gehen. Die Menses fehlen. Bei dem Individuum findet sich jetzt ein enormer Kopf mit dicken, cyanotischen und gewulsteten Lippen, die Zunge ist auffallend gross, fleischig und blauroth, die Augen erscheinen durch Ueberlagerung von Seiten der Stirn- und Augenhaut sehr klein; der Körper ist der eines 2jähriges Kindes, der Bauch ist sehr dick, die Haut ist überall pseudo-ödematös, wachsgelb, am dicksten und härtesten an den Händen.

Am Schädel ist die vordere Fontanelle noch offen, stellenweise besteht Alopecie; die Haare, wo vorhanden, sind sehr kurz, von röthlicher Farbe, die Ohren gross und abstehend; das Gesicht ist unsymmetrisch, die Stirn niedrig, die Stirnhaut stark gefaltet, Augenbrauen fehlen. Die Athmung durch die Nase schnaubend; der Mund sehr breit; Zahnstellung anomal, der Hals sehr kurz; Glandula thyreoidea nicht zu constatiren, die Wirbelsäule leicht skoliotisch; Hernia inguinalis dextra und lumbricalis; Prolapsus recti. Die Geschlechtsorgane sind verkümmert. Die inneren Organe und die vegetativen Functionen nicht nachweisbar afficirt. Die Stimme ist rauh und tief; die Sprache auf wenige Worte beschränkt; die psychischen Functionen auf ein Minimum herabgedrückt" (Camuset, Nonne l. c. p. 241).

Es kommt angeborener Idiotismus auch bei normaler Körperentwicklung vor. Meningitiden in der Kindheit, Schädeltraumata, schlechte Ernährung des Kindes, Alkoholfütterung des Säuglings schaffen Zustände von Demenz, die dem angeborenen Idiotismus entsprechen. Nach epileptischen Anfällen tritt im 5.—10. Jahre Stillstand der Entwicklung ein. Es handelt sich beim Idiotismus um einen organischen, wenn auch nicht immer nachweisbaren Defect.

b. Psychische Störungen.

Wie die verschiedenen, fötalen oder kindlichen Krankheiten des Gehirns und seiner Hüllen in dem Resultat zusammentreffen, dass sie die vollkommene Entwicklung des Gehirns stören, so treffen alle möglichen psychischen Störungen im Kindesalter in der Folge zusammen, die Entwicklung des Geistes zu stören. Diese gestörte Entwicklung äussert sich in Anomalieen nach allen Richtungen der Seelenthätigkeit, und diese fallen im Einzelnen bei jedem Idioten wieder etwas anders aus, sodass für jeden eine specialisirte Diagnose, wie gerade bei ihm der psychische Mechanismus gestört sei, versucht werden könnte. Hier indessen müssen wir uns mit einer allgemeinen Betrachtung der psychischen Störungen begnügen.

1. Anomalieen des Vorstellens.

§. 532.

In den schweren Fällen werden aus den sinnlichen Eindrücken nur sehr wenige Vorstellungen gebildet, diese sind so flüchtig und oberflächlich, dass sie alsbald wieder schwinden, und an ihnen gehen die Abstractions-Processe (cf. §. 47) beinahe gar nicht von statten, sodass es bei ihnen als vereinzelten oder als ganz- oder halbsinnlichen Vorstellungen bleibt. Es fehlt also sowohl an der Production der Vorstellungen, als auch an jener — bei jedem Gesunden ganz unwillkürlich erfolgenden — Bewegung und Verarbeitung derselben, welche sie durch Verknüpfung mit anderen erst zu einem wirklichen geistigen Besitze unseres Inneren macht; es fehlt an einem festen, geordneten Gedanken-Inhalte, der die

neu entstehenden Vorstellungen kräftig appercipiren, die Willensimpulse bestimmen, Urtheile produciren, der mit einem Worte ein Ich constituiren könnte. Wir sehen also Mangel an Aufmerksamkeit, Gedankenlosigkeit, mangelhafte Reihenbildung und Reihenreproduction (Gedächtnissmangel), Unmöglichkeit des Urtheilens und Fehlen aller geistigen Spontaneïtät; wir sehen in extremen Fällen gar keinen solchen Kern der Individualität, den wir dem Ich des Gesunden zu vergleichen vermöchten, eigentlich keine Spur einer geistigen Persönlichkeit mehr.

Diese Mängel geben sich in den concreten Fällen nicht nur in sehr verschiedener Weise kund, die Vorgänge selbst mögen wohl auch ganz verschieden sein; bei dem Einen wird vielleicht das nur sogleich wieder zerstört, was bei dem Anderen gar nicht erzeugt wurde, bei dem Einen fehlt es vielleicht an dem sinnlichen, bei dem Anderen ganz an dem abstractiven Element etc. Manche Idioten giebt es, an denen man eigentlich gar keine geistigen Lebensäusserungen findet, jene zurückgesetzten Stiefkinder der Natur, die völlig unbewusst um Welt und Zeit ein tiefes Traumdasein führen, ihre Umgebung gar nicht zu beachten vermögen und keine andere spontane Lebensäusserung zeigen, als das Verschlingen der in den Mund gesteckten Nahrung. Das Thier percipirt die Aussenwelt, es ist vollendet in seiner specifischen Organisation, es vermag seine Seelenvorgänge, seine Empfindungen, Triebe mit seinen Mitteln zu äussern; jene entarteten Geschöpfe stehen insofern weit unter dem gesunden Thiere, aber ohne deshalb jemals — was man sonderbarer Weise schon gerade als Hauptcharakter ihnen zuschrieb — der Menschlichkeit verlustig zu gehen! — Bei vielen Anderen fehlt zwar noch jedes helle Bewusstsein der eigenen Persönlichkeit, das Denken und fast jeder Versuch einer Wort- oder Geberdensprache, aber in ihren Traumzustand dringt doch etwas mehr Perception der Welt hinein, und es ist wenigstens der Anfang gegeben, sich in ihr zurechtzufinden; solche Idioten warten z. B. nicht mehr, bis man ihnen den Finger, in den sie sich eben bissen, aus dem Munde nimmt, sondern vermögen schon selbst diese That zu vollbringen, sie erkennen ihre Wärterin, die Vorbereitungen zum Essen u. dgl., haben ein Bedürfniss eines spielenden Muskelgebrauchs in der einförmigsten Weise, bekommen wohl auch nach und nach ein mechanisches Verständniss für einzelne Worte, Aufforderung etc., welche sie automatisch befolgen lernen (sie führen Solches aber ganz anders als gesunde Kinder aus, ohne den Sprechenden anzusehen und ohne eine Miene zu verziehen).

Verfasser kannte einen mässig makrocephalen, übrigens sehr wohlgebildeten 14jährigen Knaben, der seit vielen Jahren den ganzen Tag und alle Tage gleich eine Schublade auf- und zuschob und 2 Schlüssel schüttelte. —

Von diesen Typen äusserster Verkommenheit giebt es nun zahllose, allmähliche Uebergänge zu etwas besseren Zuständen, wo immer mehr aus der Aussenwelt aufgenommen und in der elementarsten Weise verarbeitet wird, wo sich hieraus ein kleiner Schatz von Erkenntniss bildet und ein Ich, dem dessen einfachste Verwendung möglich wird. Höchst merkwürdig ist, wie zuweilen die Aufregung eines acuten Leidens Seelenäusserungen und Fähigkeiten hervorruft, welche für gewöhnlich gebunden waren, welche aber den Schluss zulassen, dass bei einzelnen Idioten im gewöhnlichen Zustande weit mehr, als es schien, in die Seele aufgenommen und in ihr gebildet worden ist, was sich nur nicht äussern konnte, aber doch seine Residuen zurückliess.

Vgl. Nièpce, Comptes rendus. 37. 1853. No. 16. Fall eines hydrophobisch gewordenen Idioten, der sonst nur fähig war, wenige zu Worte articuliren und nun mit Geläufigkeit über Dinge sprach, die sich Jahre zuvor zugetragen, und an denen er damals nicht den geringsten Antheil zu nehmen schien.

Ein Hauptcharakter aller schweren Fälle ist der völlige Mangel der Sprache, sodass nie auch nur ein Versuch dazu gemacht wird, oder doch ihre äusserste Unvollkommenheit, die idiotische (nicht auf Gehörmangel beruhende) Stummheit. Sie geht entweder aus Mangel an Vorstellungen oder aus Mangel an Reflexen von den Vorstellungen in dem motorischen Sprachmechanismus hervor; die Ersteren haben nichts zu sagen, die Zweiten „kein Bedürfniss, zu sprechen." Mit dem gesprochenen Wort fehlt dem Idioten auch das innere Sprechen und mit diesem das wesentlichste Glied im Mechanismus der Abstractions-Processe.

Die Verhältnisse der Sprache sind so eingreifend in den ganzen Bildungs-Process des Inneren und so entscheidend für die Möglichkeit der Erziehung und des geistigen Weiterschreitens, dass die Eintheilung der Idioten nach der Sprachfähigkeit (gewöhnlich in 3 Abstufungen) in der That zu den treffendsten gehört, die man aufstellen kann (cf. §. 534).

In den leichteren idiotischen Zuständen können immer mehr Vorstellungen gebildet und zu einfachen Urtheilen und Schlüssen combinirt werden. Aber es fehlt doch gerade an den raschen, unwillkürlichen Verschmelzungen der Vorstellungen, welche die Abstractions-Processe leicht, nicht zu einem mühsamen Thun machen, das erst auf dem Wege vielfacher Wiederholung eingezwängt werden muss; es fehlt an der Lebendigkeit der geistigen Reaction, welche vielmehr zu ihrer Anregung starker Eindrücke bedarf, daher Gleichgültigkeit, Mangel an Interesse für das Verhalten der objectiven Welt, überwiegendes Stehenbleiben bei den sinnlichen Eindrücken, äusserst beschränkte Spontaneïtät. Bei näherem Eingehen zeigen sich Differenzen der Intelligenz, welche bei Manchen zu völligen Eigenheiten werden, die den gewöhnlichen Erziehungsmethoden gar nicht zugänglich sind.

Mit der wachsenden Empfänglichkeit, beruhend auf zunehmender Functionsfähigkeit der Vorstellungsapparate im Gehirn, bilden sich immer mehr Erfahrungen und Gedanken; fertigeres Sprechen, am Ende auch Lesen und Schreiben vermitteln einen zunehmenden Verkehr nach aussen. Allein mehrere geistige Processe zugleich oder sehr rasch hinter einander auszuführen, ist unmöglich; daher ist das Verständniss im Allgemeinen langsamer, das Urtheil unbeholfen, unsicher und unselbstständig, die Welt der Begriffe nur an ihren Grenzen erreichbar und auch dort nur unter fremder Führung; das Gedächtniss ist doch die einzig recht zugängliche Seite für die Erziehung, welche es höchstens dahin bringt, dass das Individuum in einem ganz einfachen Lebenskreise mässige Anforderungen an ein vernünftiges Denken und Handeln befriedige und sich etwa noch durch eine mehr nachahmende, keiner Initiative bedürfende Thätigkeit nützlich mache.

Jene merkwürdigen einseitigen Fähigkeiten und Talente, welche sich bei einzelnen Idioten leichteren Grades zeigen, haben einen nur halbbewussten, instinctiven, den Trieben der Thiere zu vergleichenden Charakter. Einzelne Vorstellungskreise entwickeln sich hier rasch und mühelos, und mit ihnen bilden sich die Mittel zu ihrer scharfen und deutlichen Aeusserung — mechanisches, musikalisches, arithmetisches Talent, Wortgedächtniss, Zeichnen und dergleichen. Nie finden sich diese einseitigen Fähigkeiten bei der accidentellen Idiotie, welche bei zuvor ganz gesunden Kindern durch Gehirnkrankheiten in der Jugend entstanden ist, sondern wohl immer nur bei hereditärer Erkrankung, bei schon von Hause aus schief angelegten Naturen.

In der Idioten-Anstalt Earlswood bei London sah Verfasser einen jungen Menschen, der ein ausgezeichnet hübsches, grosses Modell eines Kriegsschiffes ganz allein gebaut hatte; er war sehr beschränkten Geistes und hatte namentlich keinen Begriff von Zahlen. — Oefters sieht man artige (natürlich rein mechanische) Leistungen in der Malerei von tiefstehenden Idioten. Morel (Etudes clin. I. p. 49) führt den eigenthümlichen Fall eines sprachlosen Idioten mit besonderem Talent für die Trommel an; sein Grossvater war Tambour-Major, sein Vater Tambour gewesen, sein Bruder hatte stets die (unerfüllte) Sehnsucht, Tambour zu werden. Auch das auffallende Ortsgedächtniss einzelner Idioten von sehr niederen Fähigkeiten nähert sich schon diesen einseitigen Talenten.

Es wäre nicht ganz richtig, aus dem Grade der geistigen Schwäche bei den Idioten auf die Schwere der Gehirn-Erkrankung zu schliessen; es hängt hier ausserordentlich viel von der Umgebung, von dem socialen Medium, in dem das Kind lebt, ab. Kinder, welche gut verpflegt werden, mit denen man sich viel beschäftigt, welche man geistig richtig behandelt, verhalten sich bei gleicher Schwere der Gehirn-Erkrankung ganz anders, als verwahrloste, aller psychischen Anregung entbehrende Kinder. Man sieht auch in den Cretinengegenden, wie diejenigen, welche sich im Freien herumtreiben, auf den Dörfern herumlaufen und betteln etc., viel intelligenter werden, als die stets zu Hause gehaltenen. Auf der untersten Stufe der Idiotie ist freilich jede Anregung vergeblich.

2. Anomalieen der Selbstempfindung, der Triebe und des Wollens.

§. 533.

Im Allgemeinen entsprechen die Vorgänge auf diesen Gebieten wohl dem Schwäche-Charakter der intellectuellen Processe, doch bieten hier auch in den schweren Fällen die natürlich nicht fehlenden, vom Körper ausgehenden Gefühle und Stimmungen mit den von ihnen nach der motorischen Seite hingehenden Anregungen immerhin ein grösseres Feld psychischen Geschehens. Bei den tiefstehenden Idioten knüpfen sich die Gemüthsbewegungen der Freude und des Schmerzes (Zornes etc.) ganz an körperliche Empfindungen, oder sie scheinen auch, vollkommen unmotivirt, durch nicht erkennbare Aenderungen in den Zuständen des

Gehirns und des Nervensystems überhaupt, unmittelbar zu entstehen. Die habituelle, stehend gewordene Art dieser Gemüthsbewegungen giebt schon auf der untersten Stufe den Einzelnen etwas, was man ihre individuelle Gemüthsart, ihren Charakter nennen kann. In dieser Beziehung kann man unter den schweren Fällen wohl extreme Typen aufstellen, einerseits den finsteren, oft wahrhaft gräulichen, zu thierischer Wildheit tendirenden, meist auch äusserlich abschreckend verzerrten Blödsinn und jene bei absoluter geistiger Nullität immer freundlichen, heiteren Wesen, die in immer — über Nichts — lächelnden Zügen und sanften Augen den Ausdruck der Gutmüthigkeit und Herzlichkeit tragen. Die Bestrebungen und Willensbewegungen der tiefstehenden Idioten werden hauptsächlich durch die Triebe, vor Allem durch das Nahrungsbedürfniss in Bewegung gesetzt, das Meiste hat hier den Charakter kaum halbbewusster Reflexactionen; gewisse stehend gewordene, einfache Vorstellungen, z. B. die Lust, mit Papierstreifchen zu spielen u. dgl., können auch noch erregend auf die Bestrebungen wirken. Dass es sich beim Thun dieser Idioten nicht um freie Wahl, nicht einmal um ein wirkliches Wollen handelt, versteht sich; es existirt ja kein oder kaum ein Ich, und noch bei manchen, nicht mehr der alleruntersten Stufe Angehörigen, frägt man sich oft, wenn man ihr Treiben beobachtet: Will denn überhaupt etwas in ihnen? und wer oder was kann denn hier wollen?

Für viele Idioten der untersten Klassen ist das Essen das Einzige, was ihre Seele zu bewegen scheint; die Allerniedersten äussern diese Bewegung nur durch Unruhe, grunzende Töne u. dgl., die um ein Weniges Besseren können schon Lippen und Hände danach bewegen oder weinen, bis man ihnen etwas giebt, sie „wollen" gefüttert sein. — Auch bei den niedersten Idioten sehen wir zuweilen schnelle, äusserlich ganz unmotivirte Wechsel der Gemüthszustände, z. B. auf einmal den Ausdruck der Angst, des Fortwollens oder plötzliche Abneigung gegen ein gewohntes Spiel, Zornesäusserungen über dasselbe u. dgl.; der Zorn wird oft schon bei den Tiefstehenden sehr heftig geäussert, durch Kratzen, Umsichschlagen, Beissen etc., bis zu wirklicher Tobsucht. — Ganz unverständlich sind gewisse grillenhafte Gemüthsreactionen einzelner Individuen, wie sie z. B. jedes Mal beim Anblick von Papier alle Zeichen der freudigsten Aufregung geben, oder für ein einziges anderes Kind die zärtlichste Zuneigung zeigen, während sie sonst von Nichts Notiz zu nehmen scheinen, wie ein gutmüthiger Idiot, wenn er gekränkt wird, anfängt, gegen sich selbst zu wüthen, den Kopf an die Wand zu schlagen u. dgl.

In den leichteren Fällen ist Haltlosigkeit und Stumpfheit des Gemüths und Schwäche des Willens wohl auch noch ein allgemeiner Charakter; die Gemüthsart richtet sich indessen sehr nach der Umgebung und Behandlung des Individuums. Bei guter Behandlung, z. B. in den Idioten-Anstalten, zeigen sich die meisten Kinder gutmüthig, folgsam, heiter und gesellig, bei harter Behandlung werden sie verbittert und bösartig; bei Einzelnen finden sich habituell mehr depressive oder mehr aufgeregte Gemüthsverstimmungen. — An den Orten des

endemischen Cretinismus sieht man wenig einnehmende Charakterzüge von diesen Idioten. Die etwas höheren Grade zeichnen sich durch grosse Gemüths-Stumpfheit aus, sind auch unter einander durchaus ungesellig und abstossend; die Halbcretinen, deren Gutmüthigkeit „ihre Entstehung meist weder im Kopf noch Herzen, sondern im Magen hat" (Maffei), sind immer noch unfähig wirklicher Liebe oder auch nur Anhänglichkeit und überhaupt wirklich humaner Empfindungen, sie sind rohe Egoisten, deren Hang zum Müssiggang auch nur durch Zwang oder durch Aussicht auf Genuss überwunden wird.

V. Specielle Symptomatologie.

1. Grade des Idiotismus.

§. 534.

Esquirol betrachtet mit Recht den Idiotismus mehr als einen krankhaften Zustand, nicht als eine klinisch begrenzte Krankheit; vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus stellt die Idiotie sich als eine Folge von morphologischen und histologischen Störungen dar. Savage (l. c. p. 523) unterscheidet mit Ireland nach den verschiedenen Ursachen: 1) Angeborene Idiotie. 2) Mikrocephalische Idiotie. 3) Eklamptische Idiotie. 4) Epileptische Idiotie. 5) Hydrocephalische Idiotie. 6) Paralytische Idiotie. 7) Cretinismus. 8) Traumatische Idiotie. 9) Entzündliche Idiotie. 10) Idiotie infolge Fehlens von Sinnesorganen.

Andere Autoren benutzen als Eintheilungsprincip der verschiedenen graduellen Differenzen im Idiotismus das Verhalten der Sprache und unterscheiden: 1) Sinneslosigkeit, Fehlen der Sprache, nur Lallen unarticulirter Laute. 2) Blödsinn, dürftige Entwicklung der Sprache. 3) Stumpfsinn, einfacher Periodenbau der Sprache, Einfachheit der sinnlichen Vorstellungen. 4) Schwachsinn, leichtere Sprache, aber arm und lückenhaft bei übersinnlichen Begriffen.

Wichtiger erscheint das Verhalten der Vorstellungen, der Apperception. In jeder Phase des Entwicklungsganges können Umstände die Fortentwicklung des Gehirns oder einzelner seiner Theile stören und das psychische Organ dauernd beeinflussen und schwer schädigen; es kann zu einem vollkommenen Stillstand auf einer Entwicklungsstufe kommen. Selbst bei einem höheren Grade geistiger Entwicklung, wo die idiotischen Individuen Lesen, Schreiben und Rechnen lernen, kann die Fähigkeit fehlen, das Erlernte anzuwenden. Nach diesem Gesichtspunkte unterscheidet man: 1) Automaten ohne jede Spur von höherer geistiger Thätigkeit. 2) Solche, die im Stande sind, sich zu bewegen und einige Worte von sich zu geben. 3) Solche, die gehen, etwas sprechen können und dem Einfluss der Erziehung bis zu einem gewissen

Grade zugänglich sind. 4) Schwachsinnige, welche gehen und sprechen können und einen grösseren Umfang von Kenntnissen erlangen, aber im Allgemeinen beschränkt bleiben; hierher gehören die „Idiots savants“, die moralischen Imbecillen (Savage l. c. p. 530 f.).

2. Idiotische Typen nach der Bildungsfähigkeit.

§. 535.

Für gewöhnlich unterscheidet man zwei Stufen des Idiotismus: 1. den idiotischen Blödsinn (Idiotie im engeren Sinne) und 2. den idiotischen Schwachsinn (Imbecillität) und trennt die zweite Gruppe weiter, wie z. B. Schüle es thut: a) in den Schwachsinn leichten und mittleren Grades, welcher bildungsfähig ist, und b) in den Schwachsinn höheren Grades, welcher nicht bildungsfähig ist.

Diese schwerere Form des Schwachsinns, der sogenannte Halbidiotismus, zeigt sich nach Emminghaus (Kinderpsychosen p. 247) schon in frühester Kindheit als ein deutliches Zögern der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes: spätes Zahnen, langsames Wachsen, spätes Greifenlernen, wohl erst Laufen im 4. Jahre, bis in höheres Alter fortbestehendes Bettnässen, spätes und unvollkommenes Sprechenlernen, Theilnahmlosigkeit für Spiel, nur Aufmerksamkeit für grelle, bunte Sachen. Auf mangelhafter Entwicklung der elementaren Vorstellungsprocesse — der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Erinnerung, der Phantasie beruht die charakteristische Trägheit der associativen Synthese der Vorstellungen, der Mangel an Auffassungsvermögen. Abstracte Begriffe kommen nur ganz kümmerlich zu Stande, die Sprache bleibt wenig entwickelt (Lautiren von Silben und Worten ist schwierig, auch wo keine positiven Articulationsfehler vorliegen). Jede bessere Schule stösst diese Kinder so bald als möglich ab. Von Gemüth sind die Halbidioten indifferent, aber ausnahmslos egoistisch. Die Stimmung ist bei guter Behandlung heiter, bei harter finster und zu Wuthanfällen geneigt. Es besteht starkes Verlangen nach Nahrungsaufnahme, doch kann eine passende Erziehung hierin Vieles zügeln.

§. 536.

Die Idiotie im engeren Sinne besteht in der Unfähigkeit, in abstracten, von der Sinnlichkeit ganz losgelösten Begriffen zu denken. Bei der angeborenen Form zeigt sich schon früh die Hemmung auf allen Gebieten. Die Kinder schreien wenig nach der Geburt, schlafen viel. In der Säuglingsperiode schon ist der Blick matt und leer, die Aufmerksamkeit des Kindes ist nur passiv durch besonders auffallende Eindrücke erregbar. Es werden wenigstens einzelne deut-

liche Sinneswahrnehmungen dem Bewusstsein zugeführt, und auch wohl einzelne Vorstellungen gebildet, doch sind letztere unvollständig und ohne inneren Zusammenhang. Der Blick folgt dem Glanze oder der Lichtquelle, dabei bleiben die Kinder in ruhiger Lage ohne Strampeln; das körperliche Gedeihen ist gut; dagegen ist für den erfahrenen Beobachter das Fehlen des Lächelns und Zusammenfahrens pathognomonisch. Das Kind lernt weder Mutter noch Amme an der Stimme kennen. Das Geschrei ist kläglich, misstönend, ohne Thränenabsonderung; dabei besteht Schlafneigung, Appetit und Obstipation. In der zweiten Hälfte der Säuglingsperiode dauert alles dies fort (Stumpfheit, Trägheit, entschieden dummer Gesichtsausdruck). Selbstbewusstsein fehlt, das Gedächtniss ist ebenso rudimentär, manchmal Wiedererkennen von Personen, des Aufbewahrungsortes für Näschereien (Emminghaus l. c. p. 251).

Auf der affectiven Seite beobachtet man völlige Indolenz, bei Missstimmung heftiges Schreien, bei Euphorie andere Töne mit automatischen Bewegungen, auf höherer Stufe Zorn und Umherwälzen, bei heftigem Schmerz Thränen. Gemüthliche Anhänglichkeit fehlt oder ist rudimentär. Der Idiotismus verläuft in continuirlicher oder periodischer Erregung mit motorischer Unruhe, Geplapper, Schreien, auch Erbrechen. Kein Verlangen nach Sitzen tritt ein, keine Zuneigung zu Personen. Die Dentition ist verspätet. Convulsionen treten um diese Zeit in vielen Fällen auf (Schüle, Klin. Psych. p. 500).

Auf der tiefsten Stufe des Blödsinns fehlen die geistigen Processe fast vollständig, nur das sinnliche Bedürfniss der Befriedigung des Hungers ruft triebartige Bewegungen ohne bewussten Zweck hervor; der Geschlechtstrieb fehlt oder ist schon in den ersten Lebensjahren vorhanden und führt zur Masturbation. Beim höchsten Grade des Blödsinns lernen die Kinder sogar das Saugen unvollkommen, schreien nicht, wimmern nur, sind schlafsüchtig. Bleibt das Leben erhalten, so ist es nur ein Vegetiren mit blossen Spuren psychischer Processe.

Der apathische Blödsinn geht mit gar keiner sinnlichen Vorstellung einher. Die motorische Seite des Lebens zeigt reine Reflexbewegungen und automatische Acte, nur der Nahrungstrieb veranlasst eine gewisse Bewegung, doch werden alle Gegenstände ohne Wahl in den Mund gesteckt. Solche Individuen würden einfach verhungern, wenn man nicht für sie sorgen würde. Die ganze Haltung ist schlaff und energielos, der Gang plump, täppisch, halt- und hülflos; die lückenhaften, spärlichen Vorstellungen können sich nicht von sinnlichen Elementen losmachen, abstracte Vorstellungen sind unmöglich, die Reproduction etwa gebildeter Vorstellungen ist eine unvollkommene. Gemüthlicher Erregung ist der vollkommen Blödsinnige nicht fähig, er besitzt

kein Mitgefühl, keine socialen Gefühle, er ist ohne alles ethische Verständniss, nur wenn sein dürftiges Ich eine Beeinträchtigung erfährt, so reagirt er darauf mit heftigen Affecten des Zornes, welche überwältigend sind und sich in brutaler Weise äussern (v. Krafft-Ebing l. c. p. 703).

3. Klinische Typen des Idiotismus.

Beim Uebergang der Säuglingsperiode in das spätere Kindesalter kann man wesentlich zwei Typen unterscheiden, je nach der Leichtigkeit, mit welcher man die Aufmerksamkeit anziehen oder ablenken kann: die erethische (versatile), aufgeregte Form und die anergetische (torpide, apathische). Diese Formen finden sich in allen Graden und Altersstufen des Idiotismus.

a) Der erethische, versatile Idiotismus.

§. 537.

Die Idioten der ersten Art sind selten bedeutend missgestaltet, aber gewöhnlich hinter ihrem Alter zurückgeblieben, zuweilen proportionirt und wirklich wohl gebildet und von feinem, aber schwächlichem Habitus. Sie sind beweglich, unruhig, rasch, reizbar, dem Wechsel der Eindrücke hingegeben, aber äusserst zerstreut, in den höheren Graden unfähig, auch nur das Geringste haften zu lassen. Man ist oft ganz erstaunt, bei dem heiteren Aussehen und scheinbar lebendigen Wesen dieser Kinder auch nicht eine Spur von Sprache und Verständniss zu finden; in manchen Fällen wird das Verhalten ein so aufgeregtes und turbulentes, zwecklose Körperbewegungen, Herumspringen, Gesticuliren, Lachen, Weinen, Schreien gehen so ununterbrochen den ganzen Tag fort, dass diese Fälle den Uebergang zur wirklichen Tobsucht bilden. — Die Extreme auf dieser Seite sind übrigens seltener als in der apathischen Form; die leichten Fälle dieser Kategorie sind bildungsfähiger als die entsprechenden torpiden.

Bei den versatilen Formen wandert die Aufmerksamkeit planlos hin und her, die Stimmung wechselt rasch, eine äusserliche, ziellose Unruhe und Beweglichkeit (Herumspringen, Gesticuliren) vervollständigt das Bild. Die Kranken sind meist wohlgebildet, aber von kindlichem, gracilem Habitus. Die aufgeregten Idioten erreichen in beschränkter Weise die onomatopoëtische Stufe der Kindersprache. Lebhaftes, hässliches Mienenspiel, die Wuth ist fratzenhaft, bizarr; nur der Schmerzausdruck ähnelt dem normalen. Des Spielens sind die aufgeregten Idioten ganz unfähig. Sinnlose Handlungen und Bewegungen werden bis zur Ermüdung ausgeführt; kleine Zerstörungsacte kommen hin und wieder vor.

b) Der apathische, torpide Idiotismus.

§. 538.

Die torpiden Idioten zeigen oft schon einen groben, plumpen disproportionirten Körperbau und hässliche, trotz kindischer Unreife alte Züge; die Trägheit ihrer Bewegungen, ihre Passivität, ihr stumpfes, immer gleiches, von Nichts erregtes Wesen nähert sich in vielen Fällen einem schlafartigen Zustand; Viele haben noch einen finsteren, schwermüthigen Zug, viele Andere nur den Ausdruck absoluter Indifferenz, Gedankenlosigkeit und Geistesöde. Sie sind nur schwer aus ihrem apathischen Gleichgewicht aufzurütteln, ihr Vorstellungsverlauf ist langsam und bewegt sich meist in gewohnheitsgemässen Bahnen, ab und zu zeigt sich eine Neigung zu heftigen Wuthausbrüchen. Meist sind es Individuen von plumpem, disproportionirtem Körperbau. Nur starke Sinnesreize erregen einigermaassen die Aufmerksamkeit. Gehen lernen sie unvollkommen und dann erst im 3.—4. Jahre. Alle Bewegungen sind langsam und unbeholfen. Nur wenige unartikulirte Laute (Brummen, Schnurren) oder ganz geringe Rudimente der Lautsprache werden mit Mühe erlernt. Zur Ausbildung des Ich-Begriffes kommt es während der Kindheit bei keinerlei Idioten. Von sinnlichen Gefühlen sind nur Lust und Unlust an stärkeren Empfindungen vorhanden; ästhetische Gefühle sind nur für grelle, farbige, glänzende, bewegliche Objecte, Gemüth ist gar nicht vorhanden, nur ein gewisser Egoismus, der sich auch im Begehren und Streben nach Nahrungs- und Genussmitteln äussert.

4. Idiotische Typen nach dem Habitus.

§. 539.

Ausser diesen zwei Hauptgegensätzen wird man sich bei einem Ueberblick über zahlreiche Fälle von Idiotie noch zu einer weiteren Aufstellung gewisser wohl markirter Varietäten, gegründet auf den äusseren Habitus und mit Berücksichtigung der geistigen Eigenthümlichkeiten, veranlasst finden und wird hier etwa zu folgenden Typen gelangen:

1. Ganz wohlgebildete Kinder, für ihr Alter richtig entwickelt, bei Abwesenheit anderweitiger Krankheits-Processe gesund aussehend, meist mit freundlichen Zügen, in der Regel mehr makrocephal. Die geistige Entwicklung kann auf der untersten Stufe stehen oder zu verschiedenen Höhen vorgeschritten sein; es sind meistens mässig versatile, doch auch nicht selten apathische Zustände mit leblosen, mehr automatischen Bewegungen, zuweilen mit Schwäche der unteren Extremitäten. — Es sind dies nicht nur immer sporadische und ziemlich seltene Fälle, es scheinen auch durchaus accidentelle Gehirn-Affectionen zuvor gesunder und wohlgebildeter Kinder zu sein, ohne entschiedene hereditäre Begründung, ohne irgend ein degeneratives Element, ohne miasmatischen Einfluss u. dergl. Das Körperwachsthum geht hier trotz der Gehirnaffection richtig weiter.

2. Einfach im Körper- und Geisteswachsthum weit zurückgebliebene Kinder. Die äusserst interessanten extremen Fälle dieser Art bieten ein vollständiges Stehenbleiben des Wachsthums auf einer Zeit des frühen Kindesalters, z. B. dem 4.—6. Lebensjahr mit allen Eigenthümlichkeiten dieses Alters, ohne erhebliche Missstaltung oder Degeneration. Diese Fälle bilden den Gegensatz zu dem anderen, merkwürdigen Extrem einer übermässig schnellen körperlichen Entwicklung (wo in einzelnen Beispielen im 4.—5. Jahr und noch früher, bei schon sehr grossem und kräftigem Körper die Pubertät eintrat). Es scheint, wenigstens für einige Fälle dieser Art, zulässig, sie mit jener Entwicklungshemmung zu parallelisiren, welche bei einseitiger Atrophie einer Grosshirn-Hemisphäre die entgegengesetzte Körperhälfte betrifft, welche aber hier bei Affectionen beider Gehirnhälften doppelseitig wäre; doch bedürfen diese Fälle ein neues Studium und sind eines solchen in hohem Grade würdig.

Dancel hat (1837 und 1843. Acad. d. Sciences) den Fall eines 24jährigen Mädchens mitgetheilt, welches sich bis zum Alter von 3½ Jahren normal entwickelt hatte; dann blieb auf einmal das Wachsthum völlig stehen, mit 18½ Jahren war sie 94 cm hoch, ihr Seelenzustand war der eines 3½jährigen Kindes. Mit 21 Jahren wuchs sie wieder etwas und erreichte 96 cm; von dort an blieb der Zustand unverändert. — Baillarger zeigte der Académie de médecine (26. Mai 1857) ein 27jähriges Mädchen, welches die Intelligenz und die Neigungen eines 4jährigen Kindes hatte; sie war ungefähr 1 m hoch, der Körper sehr fett; die zweite Dentition begann erst im 18. Jahr und war im 27. noch nicht vollendet, die Menses noch nicht eingetreten. — In einem anderen merkwürdigen Fall dieser Art sistirte nach einem Schlag an den Kopf im Kindesalter die bisher richtige Entwicklung vollkommen.

Wenn aber die extremen Fälle dieser Art grosse Seltenheiten sind, so sind dagegen die mässigen Fälle dieser Kategorie die allergewöhnlichsten Vorkommnisse. Sie bilden die zahlreiche Classe der „zurückgebliebenen Kinder“ (Enfants arriérés), deren Eigenthümliches eben darin besteht, dass ohne besondere Difformität, ohne Zeichen einer Gehirn-Erkrankung das ganze, geistige und körperliche Wachsthum ein ungewöhnlich langsames ist. Solche Individuen bleiben alle klein, machen — mit einzelnen Ausnahmen — ihre sexuelle Entwicklung spät, zuweilen nie durch, gleichen oft im 20. Lebensjahr noch 10—12jährigen Kindern; sie können dabei ganz proportionirt sein, öfters zeigen sich allerlei Mängel, ein schiefes Gesicht, plumpe Züge, etwas eingedrückte Nasenwurzel, Strabismus, schlechtes Gehör. In geistiger Beziehung unterscheiden sie sich von den wahren Idioten durch die viel grössere Fähigkeit einer Entwicklung, die nur viel langsamer als bei anderen Kindern vor sich geht; sie lernen später als Gesunde gehen, sprechen, schreiben, sie sind wenig fähig, mehrere Gegenstände zugleich aufzufassen, also zu vergleichen, sie sind von der Seite des Gedächtnisses und der Nachahmung zugänglich und bildungsfähig, machen aber nur Fortschritte, wenn sie unablässig speciell behandelt, erzogen und unterrichtet werden. Sie bilden die Prachtexemplare von „Heilung“ in den Idioten-Anstalten. Sind sie zufällig dabei epileptisch, treiben sie Onanie, fehlt es ihnen ganz an geistiger Anregung, so sinken sie immer tiefer und werden ganz blödsinnig. —

Unter der sehr zahlreichen Kategorie der „zurückgebliebenen Kinder“ finden sich wieder manche, körperlich und geistig besondere Typen, so z. B. manche bis zum Zwerghaften untersetzte Kinder, mit sehr runden Formen, langsamen, behaglichen Bewegungen, dem Ausdruck grosser Zuthulichkeit und Bonhommie; diese kleinen Käuze haben zuweilen etwas äusserst Drolliges, Humoristisches in ihrem Wesen und Thun, haben aber bei aller Gutmüthigkeit viel kindischen Eigensinn und werden nur bildungsfähig bei sehr consequenter Behandlung neben grosser Liebe, ohne die sie ganz verkümmern. — Eine höchst fatale Kategorie bilden die schwachsinnigen Kinder mit instinc-

tiven (angeborenen) schlimmen Neigungen zu Unfug, Grausamkeit, Diebstahl, Trinken etc., welche sich oft durch Nichts wirksam unterdrücken lassen; diese Individuen liefern, wenn ihre Intelligenz schon so weit ist, dass sie sich in der Welt halten können, später ein reichliches Contingent in Gefängnisse und Zuchthäuser; ihr Zustand ist zuweilen ein evident hereditär angelegter und keineswegs identisch mit den schlimmen Neigungen, welche Kindern durch das Beispiel ihrer Eltern eingepflanzt werden.

3. Die basilar-synostotische Form, der Cretinentypus im engsten Sinne. Die extremen Grade dieser Form finden sich nur an den Orten der Endemie, und zwar vor Allem in den Gebirgen, und scheinen auch dort überall in neuerer Zeit seltener geworden zu sein; auch die mässigen Grade haben noch den Charakter der Missgestaltung und Hässlichkeit. Der in der Regel unproportionirt grosse Kopf mit alten Gesichtszügen, auf einem kleinen, untersetzten, oft noch kindlichen Leibe, dicke Lippen, wulstige Augenlider, aufgeworfene, an der Basis tief eingedrückte, breite Nase, eine Gedunsenheit und zuweilen eine wulstige Beschaffenheit des Körpers, welche auf Hypertrophie der Haut und des Fettgewebes beruht, gewöhnlich auch Kropf sind ihnen eigen; in den höchsten Graden sind es kaum mehr menschliche Gestalten: ihr psychisches Leben hat ganz den apathisch-torpiden Charakter der vollkommenen Gemüthlosigkeit, äussersten Dummheit, ohne Sprache, hier und da mit Neigung zu wilden Zornausbrüchen. — Gegen die Auffassung dieser Zustände als wahre Monstrositäten (Rösch, Virchow) kann man immerhin geltend machen, dass das Leiden sehr oft erst nach der Geburt entsteht und dass es in den mässigen Graden einer Besserung fähig ist.

4. In Allem gerade entgegengesetzt der vorigen ist eine Form, die man den Aztekentypus nennen kann. Es sind dies Mikrocephalen, welche auch schon sehr klein bleiben, aber von wohlproportionirten, schlanken, zuweilen wirklich eleganten Körperformen; die Nasenwurzel liegt meistens hoch, sodass die Stirne gerade in die Nase übergeht. Diese kleinen Geschöpfe sind von äusserster Lebhaftigkeit, sie bewegen sich vogelleicht, und alle ihre Bewegungen sind wohl coordinirt; sie sind heiter, leicht erregbaren Gemüths, neugierig, aber sehr launenhaft, fast aller Aufmerksamkeit baar und sehr schwachen Geistes, wenn auch manche ordentlich sprechen können. Die äusserst interessante Untersuchung von Gratiolet (3 Fälle) ergab einen sehr kleinen Schädel mit dicken Knochen und Synostosen am Schädeldach, dagegen die Schädelbasis sehr wenig verknöchert, die Basilarknochen selbst noch fast ganz knorpelig, Pars petrosa und Siebbein eher grösser als normal, den Raum für das kleine Gehirn nach allen Richtungen enorm. Das Gehirn dieser Mikrocephalen kann weniger Windungen zeigen, als das des Orang oder Schimpansen; das kleine Gehirn ist sehr gross, auch das Rückenmark und die Medulla oblongata sehr stark, die Sinnesorgane und ihre Nerven gross; die Beschaffenheit der Windungen zeigt, dass sich der Zustand schon vor der Geburt gebildet hat. Die ungehemmte, ja exuberante Entwicklung der mehr spinalen Gehirntheile im Gegensatz zu den Hemisphären, entsprechend der compensatorischen Erweiterung am Schädelgrunde, stimmt überein mit der eigenthümlich-anomalen Gestaltung der Functionen, welche das gerade Gegentheil zu dem bildet, was die Form mit verkleinertem Schädelgrunde zeigt. — So selten auch hier die extremen Beispiele sind, so finden sich doch wohl in den meisten Idioten-Anstalten Kinder, welche diesen Typus in mässigem Grade zeigen; Verfasser pflegte sie Vogel-Naturen zu nennen, und Manche erinnern durch ihre schmalen, niedrigen oder kurzen Köpfe, spitzige Nase mit hochliegender Wurzel und durch sehr bewegliche Augen in der That stark an die Vogel-Physiognomie.

5. In noch mehr specifischer Weise nähern sich einzelne Idioten in ihrer Physiognomie, ihrem Habitus und ihrem Verhalten einzelnen Thierarten. Oefters sieht man ausgeprägte Affenähnlichkeit (sehr starke Mikrocephalie), hier und da Aehnlichkeit

mit dem Schwein: folgender, schon von Pinel beobachteter Fall giebt ein anderes, sehr seltenes, hierher gehöriges Beispiel: Ein 11jähriges idiotisches Mädchen näherte sich durch ihre Kopfform, ihre Neigungen und Fähigkeiten dem Schaf. Sie zeigte Widerwillen gegen Fleisch, genoss gierig bloss Vegetabilien und trank nur Wasser: ihre ganze Sprache bestand in: bè, ma tante, wodurch sie die Anhänglichkeit an ihre Pflegerin äusserte, sie legte auch wie ein Schaf den Kopf an den Unterleib ihrer Pflegerin; im Streit mit anderen Kindern stiess sie nach diesen mit dem Scheitel des gesenkten Kopfes, sie schlief auf dem Boden zusammengerollt wie ein Schaf, Rücken, Schultern, Lenden waren mit einer Art weichen, schwärzlichen Haares, 3—5 cm lang, wie Wolle, bekleidet.

VI. Verlauf der Idiotie.

§. 540.

Von dem Verlaufe so mannigfaltiger Hirnleiden, wie sie der Idiotie in ihren so verschiedenen Gestaltungen zu Grunde liegen, lässt sich begreiflich nur wenig Gemeinschaftliches sagen. — Der Process, der die Entwicklung hemmt, kann bei der Geburt der Hauptsache nach schon abgelaufen sein, wo dann alle psychischen Regungen von Anfang an sehr schwach bleiben, die Sprache sich gar nicht entwickelt etc., und von da an der Zustand anhaltend stationär bleibt. — Oder die Hirn-Erkrankung (wenn auch vielleicht hereditär angelegt) entsteht erst nach wohl begonnener geistiger Entwicklung, in acuter oder in ganz chronischer, schleichender Weise; es tritt ein Stillstand in der Seelen-Entwicklung und in der Regel bald ein Rückschritt ein, das Sprechen wird oft wieder verlernt, der Ausdruck der Dummheit und Geistesarmuth wird herrschend. Besonders die hydrocephalischen Kinder sind es, bei denen sich acute Zufälle von Hirnaufregung leichterer oder schwererer Art, mit den Zeichen der Kopfcongestion öfters wiederholen, nach welchen jedes Mal die Abstumpfung und Apathie tiefer und dauernder wird. — Das Bestehen epileptischer Krämpfe übt in allen Fällen einen verschlimmernden Einfluss auf die psychischen Symptome. — Die Hirn-Erkrankung bei den Idioten ist häufig eine solche, welche für sich selbst langsam zum Tode führt (z. B. höhere Grade von Hydrocephalus, vielleicht auch von Hirnatrophie), oder die zu intercurrenten, tödtlichen Processen in der Schädelhöhle Anlass giebt (Tod an Meningitis, acuten Ergüssen u. dgl.). Ist aber auch dies nicht der Fall, so sterben doch viele Idioten schon in der Kindheit, sei es weil manche Schädlichkeiten wohl uneingeschränkter auf sie wirken als auf gesunde Kinder, sei es weil ihre Resistenz gegen Krankheits-Processe wirklich schwächer ist. Selten also werden die Idioten alt; am ehesten findet man solche an den Orten der Endemie, wo es Beispiele von 60—70jährigen Cretinen hohen Grades giebt. Wie viel in allen diesen Beziehungen auf die Aussenverhältnisse, die Pflege etc. ankommt, daran braucht kaum erinnert zu

werden. Die intercurrenten Psychosen der Schwachsinnigen und Blödsinnigen sind Epilepsie (30%), Depressions- und Erregungszustände, die complicirenden Neurosen Hysterie, Chorea; dieselben erleiden einige Aenderung, indem sie sich im Rahmen der überall zum Vorschein kommenden Geistesschwäche abspielen.

In manchen Fällen von Idiotie tritt Besserung ein. Selten wird mit günstiger Umänderung in der ganzen körperlichen Gesundheit das Kind innerhalb kurzer Zeit lebendig, wissbegierig und macht nun rasche Fortschritte. Viel häufiger handelt es sich bei der Besserung der Idioten nur um eine freiere und geregeltere Benützung der vorhandenen, grösseren oder kleineren Fragmente oder Reste von Seelenleben, und dieses Resultat kann nur auf äusserst langsamem Wege, im Laufe vieler Jahre erreicht werden. Erste Bedingung zu jeder Besserung ist das vollständige Abgelaufensein der Hirnkrankheit selbst, welche die Idiotie bedingte.

Unter Heilung der Idiotie müsste die vollständige Beseitigung der Hirn-Erkrankung, welche die geistige Entwicklung hemmt, verstanden werden, worauf es dann Sache der Erziehung und Bildung wäre, nunmehr bei gegebener Möglichkeit einer allseitig richtigen Seelen-Entwicklung solche herbeizuführen. Eine Heilung in diesem Sinne kann nur in einzelnen Fällen als möglich gedacht werden, nämlich wenn das Hirnleiden ein lediglich functionelles sein sollte (p. 843), oder wenn in der ersten Zeit der Entwicklung eines palpabeln Hirnleidens in der Kindheit noch der Process sistirt werden könnte; dies dürfte sich bei chronischen Processen (z. B. unter dem Einfluss von Syphilis oder sonstigen chronischen Constitutionsanomalieen) zuweilen längere Zeit protrahiren. In der Regel aber sind die Processe dann schon ganz oder fast ganz abgelaufen, wenn überhaupt nur der Idiotismus erkannt wird, es handelt sich um Residuen und Folgezustände, und diese setzen einer spontanen und einer künstlichen Heilung die äussersten Widerstände entgegen, indem eben durch sie bald die Entwicklung des Hirns, sein richtiges Wachsthum in einer gegebenen Lebenszeit unterbrochen oder beeinträchtigt wurde. In allen diesen, die ganz ungeheure Mehrzahl bildenden Fällen ist das Beste was erreicht werden kann, eine innerhalb der bestehenden Reste des Seelenlebens erfolgende geistige, sensitive und motorische Ausbildung, welche als höchstes Ziel eine gewisse eigene Führung im Leben, den Besitz einiger richtiger, moralischer Begriffe und Regulative und einen gewissen Grad praktischer Brauchbarkeit zu erreichen hat, ohne dass deshalb alle Symptome des idiotischen Zustandes verwischt würden. Es handelt sich hier also nur um Besserungen, welche aber von äusserstem Werthe für die betreffenden Individuen selbst und ihre Angehörigen sein können, und welche die Existenz der Idiotenanstalten jedenfalls fort und fort zu einem dringenden Bedürfniss machen.

VII. Diagnose, Prognose und Therapie des Idiotismus.

§. 541.

1. Die Diagnose ist leicht; nur darf man sich nicht durch einseitige Talentirungen täuschen lassen.

2. Die Prognose ist in allen Fällen ungünstig.

3. Es ergiebt sich aus dem oben Gesagten, wie die Therapie der idiotischen Zustände einerseits in ärztlicher (hygienischer, zuweilen medicamentöser) Behandlung, andererseits aber auch in Erziehung, und zwar nicht nur Erziehung des Geistes, sondern besonders auch der Sinnes- und Bewegungsorgane, Weckung und Ausbildung der Sprache, Uebung in richtiger Ausführung der Thätigkeiten des gewöhnlichen Lebens bestehen muss. Dies wird am besten von einer Idioten-Anstalt geleistet.

Die vortrefflichsten Regeln hierzu finden sich in Séguin's Traitement etc. Paris 1846; man vergleiche auch: Kern, Ztschrft. f. Psych. XII, 1855, p. 521. — Damerow, ibid. XV, 1858, p. 499. — Guggenbühl, Ztschr. d. K. K. Ges. d. Aerzte in Wien 1860, Nr. 6 f.

B. Der endemische Idiotismus, der Cretinismus.

Einleitung.

§. 542.

Die Unterscheidung zwischen sporadischer und endemischer Idiotie beruht allerdings zunächst auf einem einfach quantitativen Verhältnisse, auf der geringen oder grossen Frequenz des Leidens innerhalb einer Population. Aber es liegen in dieser Unterscheidung auch noch andere, sehr berechtigte qualitative Differenzen. Die Ursachen, welche die Idiotie an diesem oder jenem Orte so häufig machen, sind eben gewöhnlich (nicht ausnahmslos) eigenthümlicher, tellurischer, ja zuweilen specifischer (namentlich miasmatischer) Art und erregen dann auch eigenthümliche Krankheiten, welche zu Idiotie führen. Der sporadische Idiotismus kann auf allen möglichen infantilen Hirnstörungen beruhen; der endemische beruht zwar auch keineswegs immer auf einer und derselben, anatomisch gleichen Veränderung, aber doch weit mehr auf einer gewissen Classe von Veränderungen, welche namentlich viel mehr primär den Schädel, als das Hirn befallen. Diese letzteren Erkrankungen sind weit mehr mit allgemeiner Körpermissstaltung, und zwar mit einer besonderen gewissen Art, eben der „cretinistischen“ Missstaltung, und mit Krankheiten der Schilddrüse verbunden, und es werden sich gewisse qualitative Differenzen zwischen endemischem und sporadischem Idiotismus schon darum gar nicht bestreiten lassen, weil die hochgradigen Formen der Cretinen-

gegenden, welche dort ziemlich häufig sind oder es doch bis in die neuere Zeit waren, sporadisch niemals in derselben Weise vorkommen. Das Auftreten des Cretinismus bleibt local beschränkt, und innerhalb dieser Orte identisch. Cretinismus kann nicht acquirirt werden, er vererbt sich auch nicht auf die Nachkommenschaft, wenn die schädlichen tellurischen Einflüsse aufgehoben sind.

I. Aetiologie.

§. 543.

Ueber die Verbreitung des Idiotismus als endemische Krankheit können hier nur wenige Hauptpunkte angegeben werden. Obenan steht die wichtige Thatsache, dass der Cretinismus überall von endemischem Kropfe begleitet ist, und zwar in der Art, dass man so ziemlich berechtigt ist, in beiden die Wirkung einer und derselben Krankheitsursache zu sehen, welche nur in einer gewissen Reihe von Fällen stärker ausfällt und ihre Wirkungen weiter (Schädel-, überhaupt Knochen-Erkrankung) ausdehnt als in anderen (blosse Schilddrüsen-Erkrankung). So kommt es, dass die grosse Mehrzahl der Cretinen selbst bedeutende Kröpfe hat, welche zum Theil schon angeboren sind, zuweilen erst später entstehen und im Allgemeinen um die Zeit der Pubertät am stärksten wachsen; es sind ganz sparsame Fälle, wo sich keine Spur von solchen findet; auch die Halbcretinen und ein grosser Theil der gesunden Bevölkerung dieser Gegenden leiden daran. — Die Haupt-Centren beider Krankheiten, also die Hauptheerde ihrer Ursachen sind in allen Welttheilen die grossen Gebirgsstöcke nebst ihren Ausläufern, in Europa die Alpen, in Asien der Himalaya, in Amerika die Cordilleren.

In Europa sind am meisten von Cretinismus heimgesucht Savoyen, viele Schweizergegenden, namentlich in Wallis, Graubündten, Uri, Waadt, Aargau u. a.; mehr nach Osten Salzburg, Steyermark, Tyrol, Kärnthen, Ober-Oesterreich: nächstdem können einige Pyrenäengegenden, die Gebirge der Auvergne, einige Gegenden des Rheinthals in der Nähe von Strassburg (vorzüglich in ebenem, öfters überschwemmtem Lande), weiter unten die Insel Niederwörth (gleichfalls häufig der Sitz von Ueberschwemmungen), dann Unter- und Mittelfranken, manche Gegenden Württembergs und Badens als solche genannt werden, welche bis jetzt als Heerde des endemischen, von Kropf und Körpermissstaltung begleiteten Idiotismus am bekanntesten sind.

Es hat natürlich nicht an Versuchen gefehlt, in den Cretinengegenden aus gewissen bestimmten Verhältnissen derselben die Krankheits-Entstehung herzuleiten; jeder Beobachter hob die Momente hervor, welche gerade in seinem Kreise die auffallendsten waren, und Alles, was

irgendwie als möglich sich aufstellen liess, ist in dieser Beziehung nahezu erschöpft worden. Bald eine gewisse Höhe über dem Meere (nicht über 2—3000 Fuss), tiefe, feuchte Beschaffenheit der Thäler, Stagnation der Luft, häufige Ueberschwemmungen mit Versumpfung des Terrains, bald hohe Temperatur, starker und plötzlicher Temperaturwechsel, bald mangelhafte Sonnenbeleuchtung, bald die Bodenbildung, und zwar nach zwei Richtungen, insofern sie dem Lande eine bestimmte Configuration giebt, oder insofern gewisse Gesteinarten eine bestimmte chemische Zusammensetzung haben, bald gewisse Bestandtheile des Trinkwassers, bald der Mangel des Jod in Wasser und Luft, bald endlich sociale Missverhältnisse, Elend, Verwahrlosung, Schmutz, verkehrte Kinderpflege, schlechte Kost u. dgl. — alle diese verschiedenen Momente sind schon successiv in mehr oder weniger einseitiger Weise für die einzigen oder doch die hauptsächlichsten Factoren für die Entstehung dieser Krankheiten erklärt worden. Immer lässt sich dagegen auf die offenkundige Thatsache hinweisen, dass Kropf und Cretinismus auch an Orten vorkommen, wo gerade keine einzige jener speciellen Schädlichkeiten (z. B. tiefe, feuchte Thäler, Stagnation der Luft, gewisse Gesteinarten etc.) nachgewiesen werden konnte, und dass eine Menge Orte diese Schädlichkeiten alle enthalten, ohne eine Spur von Kropf oder Cretinismus zu zeigen.

Mit dieser Einwendung darf man allerdings nicht zu viel widerlegen wollen. Man kann ja auch den sicheren Einfluss der Sümpfe auf Entstehung der Wechselfieber nicht damit widerlegen, dass diese Krankheit auch an einzelnen Orten ohne Sümpfe verbreitet vorkommt und an vielen anderen Orten mit Sümpfen nicht vorkommt; man kann hierin nur einen Beweis sehen, dass die näheren und wahren Ursachen des Wechselfiebers sich allerdings vorzugsweise, aber nicht ausschliesslich in Sumpfgegenden, und zwar in solchen von bestimmter Beschaffenheit, erzeugen. — In gleicher Weise wird man in jenen, vorhin aufgezählten äusseren Verhältnissen mehr entferntere Anlässe zur Erzeugung bestimmter näherer Ursachen zu erblicken haben und sich nicht wundern, dass letztere eben durch Combinationen von Umständen entstehen, bei denen viele der vorhin aufgezählten Aussenverhältnisse wirksam sein können, ohne gerade immer in gleicher Weise thätig sein zu müssen. Dabei können doch einzelne dieser Momente sich als die constanteren zeigen und deshalb eine hervorragendere Wichtigkeit beanspruchen, andere offenbar untergeordnet und unwichtig sein. Zu den letzteren dürften z. B. vor Allem die oben genannten socialen Missstände gehören: denn Elend, Schmutz, Verwahrlosung, verkehrte Behandlung der kleinen Kinder, Unwissenheit und Aberglauben findet sich ja in reichlichstem Maasse an einer Menge von Orten, wo keine Spur von Cretinismus

vorkommt, und in den Cretinengegenden ist das Leiden auch in wohlhabenden und reichen Familien gar nicht selten. Ebenso kommen eine Menge von Gebirgsgegenden mit tiefen Thälern ohne eine Spur von Kropf oder Cretinismus vor, und der Cretinismus findet sich auch oft genug in Ebenen und sehr offenen Thälern.

Zu den wichtigsten Momenten dagegen ist nach des Verf. Meinung jedenfalls Feuchtigkeit des Bodens und der Luft durch Grundwasser, Ueberschwemmungen, viel Gewässer oder Nebel zu zählen; nächstdem dürfte namentlich noch — besonders aus Hirsch's Zusammenstellung ergiebt sich dies — auch der Magnesiagehalt des Bodens (nicht zu verwechseln mit dem Magnesiagehalt des Trinkwassers) eine gewisse Rolle spielen; alle übrigen, oben aufgezählten Aussenverhältnisse dürften sich jedes Mal nur an gewissen, einzelnen Cretinengegenden, nicht an der Mehrzahl derselben finden.

Ueber die näheren und wahren Ursachen des Cretinismus aber, zu denen sich jene aufgezählten Umstände nur wie äussere Anlässe verhalten, kann man keine positive Auskunft geben. Man nennt sie, nach dem Standpunkt unserer heutigen Begriffe, ein Miasma oder Krankheitsgift, vergleicht dieses mit der Malaria des Wechselfiebers, stellt sich vor, es könne, wie bei letzterer Krankheit, in der Luft und im Trinkwasser enthalten sein und wirke in gelindem Grade auf sämmtliche Bewohner des Ortes, in höherem auf Einzelne, die dann die ganze unglückliche Wirkung erfahren; man betrachtet demnach das ganze Leiden als chronische Infectionskrankheit, als ein constitutionelles Leiden; die öfters so beschränkte Localisation des Kropfes und des Cretinismus ist dieser Anschauungsweise, ganz wie beim Wechselfieber, günstig; unter den mannigfachen Unterschieden von letzterer Krankheit ist aber namentlich der hervorzuheben, dass der Cretinismus, einmal „miasmatisch“ entstanden, entschieden einer Vererbung auf die Nachkommen, wahrscheinlich in weit mehr als nur der nächsten Generation fähig ist.

An vielen Orten, wo Kropf und Cretinismus früher bedeutend herrschten, haben sie in neuerer Zeit (auch ähnlich der Intermittens) mit besserer Regulirung der Flüsse, Austrocknen der Sümpfe, sonstiger allgemeiner besserer Hygiene sehr abgenommen, ja sind ganz verschwunden (solche Abnahmen wurden bemerkt z. B. in der Gegend von Strassburg nach Tourdes, in Salzburg, wo die Zahl der Cretinen nach Zillner von a. 1780 bis jetzt auf ca. $^1/_4$ der damaligen Zahl gesunken ist, und an vielen anderen Orten); eine tiefere Regeneration der Rassen durch Heirathen von aussen, durch Einwanderungen, überhaupt durch den in neuerer Zeit viel belebteren Verkehr, vielleicht auch die grössere Weckung der Intelligenz und Thätigkeit unter der Bevölkerung durch

dasselbe Moment mögen hieran gleichfalls Theil haben. — An sehr wenigen Orten scheinen Kropf und Cretinismus in neuerer Zeit zugenommen zu haben.

§. 544.

Dass nun die localen Ursachen, mögen sie sein, welche sie wollen, für sich allein ganz hinreichen können, um Cretinismus in voller Entwicklung hervorzurufen, das zeigen die oft genug beobachteten Thatsachen, dass Familien ohne alle eigene Disposition, welche bisher vollkommen gesunde Kinder hatten, bald nach der Einwanderung an den Ort einer Endemie total cretinistische Kinder bekamen. Sollte die Angabe von Nièpce (l. c. p. 492) richtig sein, dass die Findelkinder aus Grenoble und Marseille — Gegenden, wo der Cretinismus unbekannt ist — kropfig und Cretinen werden, wenn sie in die inficirten Dörfer der Isère und Hautes-Alpes in Kost gegeben werden, so wäre dies ein Beweis, dass die endemische Ursache noch eine gewisse Zeit nach der Geburt ihre Wirkung voll ausüben kann; ja es soll für ein gesundes Kind bis zum vierten (Maffei), selbst bis zum siebenten Lebensjahr (nach der sardinischen Commission) noch möglich sein, am Orte der Endemie ein Cretin zu werden. Es versteht sich, dass diese localen Ursachen nur durch Entfernung vom Ort der Endemie unwirksam gemacht werden.

Allein es giebt, ausser der endemischen, noch eine weitere sehr wirksame Ursache des Cretinismus. Er ist auch hereditär. Die Nachkommenschaft eines männlichen oder weiblichen Cretins, auch ganz entfernt vom Orte der Endemie erzeugt und aufgewachsen, kann wieder cretinistisch werden, und es bedarf nicht nur des Entferntbleibens von der inficirten Gegend, sondern auch der wiederholten Erneuerung des Blutes durch Heirathen in ganz freie Familien, damit endlich in der zweiten oder dritten Generation (Billet) der Cretinismus — gewiss noch lange nicht sicher und spurlos — erlösche. Unter der ständigen Bevölkerung der inficirten Gegenden lässt sich die Wirkung des endemischen und des hereditären Moments nicht einzeln und getrennt erkennen; wenn dort ein Kind schon ganz als Cretin zur Welt kommt, wissen wir nicht, ob eine sehr starke miasmatische Einwirkung auf den Fötus oder eine sehr mächtige hereditäre Uebertragung stattgefunden hat, und ebenso ist es bei den vielen Kindern in Cretinengegenden, welche scheinbar gesund zur Welt kommen, aber nach 3—6 Monaten deutliche Zeichen des Leidens zeigen, ungewiss, ob sie dieses ihren Erzeugern oder der endemischen Ursache, die erst jetzt auf sie wirkte, oder in wie weit beiden Momenten zugleich verdanken; Verfasser trat der Meinung der sardinischen Commission (l. c. p. 194) bei, welche sich entschieden für die Heredität als Hauptmoment ausspricht.

Nachkommen zweier Cretinen höchsten Grades giebt es nicht, da die männlichen Individuen dieser Art fast immer impotent, die weiblichen wenigstens sehr oft steril sind. Aus Ehen zwischen einem mässig cretinistischen Mann und einer gesunden Frau entstehen oft schöne und ganz gesunde Kinder, oft aber auch Cretinen hohen Grades, Halbcretinen, Epileptische, Taubstumme. Im Allgemeinen soll sich der Cretinismus mehr von mütterlicher Seite fortpflanzen (Guggenbühl, Erlenmeyer). Die Kreuzung der Rassen tilgt die cretinistische Disposition nur bei gleichzeitiger Entfernung aus dem Orte der Endemie. Nach Billet (l. c. 1855 p. 45) besteht in einigen Gemeinden der stark befallenen Maurienne schon lange der Gebrauch, dass die jungen Männer Mädchen von auswärts, ohne Kropf und Cretinismus heirathen, allein diese Frauen bekommen alle Kröpfe, ihre Kinder werden oft Cretinen und der Cretinismus wurde im Ganzen dadurch nicht vermindert. Hier wird das günstige Moment der Rassenkreuzung durch eine sehr starke endemische Ursache überwunden; an einem anderen Orte mit nur mässiger Localursache würde ohne Zweifel eine solche allmähliche Erneuerung des Blutes die günstigsten Erfolge haben.

Dass an den Orten der Endemie die vielen und grossen Schädlichkeiten, die von einer verkehrten Kinderpflege und von der ganzen Lebensweise einer geistig tiefstehenden, trägen, cretinistischen Bevölkerung aus auf die Kinder in frühem Lebensalter wirken, einen sehr verschlimmernden Einfluss ausüben, ist sicher anzunehmen; diese Einflüsse haben aber nur die Bedeutung von Hülfsursachen, denn sie bewirken eben gerade Cretinismus — nur am Orte der Endemie. Es ist deshalb natürlich doch wichtig, sie zu beseitigen, und es wird gewiss damit, durch eine zweckmässige Pflege und eine vernünftige erste Erziehung der Kinder, die Entstehung der zu Idiotie führenden Krankheiten wenigstens beschränkt werden.

Eine Sistirung des ganzen Leidens scheint aber beim endemischen Cretinismus zuweilen durch einen Wechsel des Wohnorts im frühen Kindesalter und durch eine Verbringung in durchaus andere Verhältnisse zu gelingen. Aus den — immerhin vereinzelten — Erfahrungen hierüber in den Gebirgen, in Verbindung mit der Meinung, der Cretinismus komme über 2000 Fuss hoch nicht mehr vor, ist die sonderbare Ansicht entstanden, der Cretinismus werde auf hohen Bergen geheilt, die dann sogar auf die gesammte Idiotie übertragen wurde. — Bei schon deutlich ausgeprägtem Cretinismus des Kindes ist jede Veränderung des Wohnorts und nach bisherigen Erfahrungen leider auch jede andere Behandlung in der Hauptsache wirkungslos; Besserungen lassen sich auch hier zuweilen erreichen.

II. Symptomatologie.

§. 545.

An den Orten der Endemie giebt es, wie schon oben bemerkt, nicht etwa nur einen einzigen, immer identischen Typus cretinistischer Entartung, sondern es kommen alle jene Typen von Kopf- und Körpermissstaltung vor, welche in den oben (§§. 526 u. 527) aufgezählten anomalen Körperformen, besonders den verschiedenen synostotischen Formen — Synostosen sowohl des Schädeldaches als der Schädelbasis — ausgesprochen sind; überwiegend sind meistens die mässig mikrocephalen, besonders brachycephalen Formen in allen ihren Modificationen. Es lässt sich auch nicht verkennen, dass der endemische Cretinismus an verschiedenen Orten seines Vorkommens Modificationen zeigt, z. B. die

Cretinen in Salzburg sich im Allgemeinen etwas anders ausnehmen als die der Schweiz. Jene basilarsynostotische Form, oben p. 871 als Cretinentypus im engsten Sinne beschrieben, mit untersetztem, grobem, breitem Körperbau, voluminösem Kopf, breiter Stumpfnase mit eingedrückter Nasenwurzel, alten, grämlichen Zügen, faltiger, zum Theil hypertrophischer Haut, findet sich in der extremsten Ausprägung (die denn auch vom allertiefsten Blödsinne begleitet ist) an keinem Orte der Endemie häufig, wie denn überhaupt die extremen Exemplare aller Formen selten sind; aber eine grosse Menge von Fällen zeigt Annäherungen an denselben, und diese sind es, die an allen Orten, wo überhaupt das Leiden vorkommt, der Mehrzahl der Cretinen gleichsam einen gemeinsamen frappanten Familienzug geben. — Uebrigens ist an den Orten einer starken Endemie die ganze Bevölkerung von der Krankheitsursache betroffen. Ausser den eigentlichen Cretinen, Halbcretinen und Kropfigen findet sich eine Menge schwachköpfiger, verkümmerter, übel proportionirter Individuen, viele Taubstumme, Stotterer und Stammler, Schwerhörige, Schielende; es geht ein allgemeiner Zug körperlicher Degeneration und geistiger Verdumpfung durch die ganze eingeborene Bevölkerung, und auch die für gesund und klug geltenden Individuen sind durchschnittlich unschön, beschränkt, träge, und es wimmelt von engherzigen Philistern, die den Mangel an Geist keineswegs durch gute Eigenschaften des Gemüths ersetzen.

Der Cretinismus kann in seinen wesentlichen Grundverhältnissen schon bei der Geburt ganz ausgesprochen sein; aber es scheint dies doch sehr selten vorzukommen, und in der Regel sind die Merkmale am neugeborenen Kinde höchst unsicher oder fehlen entschieden noch ganz. Viele dieser Kinder kommen wohl mit grossen, etwas unregelmässig gebauten Köpfen, mit weiten Fontanellen, mit bereits dickem Haarwuchs zur Welt, zeigen grobe Züge, einen kurzen dicken Hals, schreien wenig, schlafen lange fort, fast immer. Aber erst nach etwa 3, sehr oft erst nach 5—8 Monaten, bei Manchen oft viel später, werden die Zeichen des Leidens sicherer erkennbar und bald immer deutlicher. Diese Kinder sind fett, thun nichts als essen und schlafen, lassen den Mund offen stehen und den Kopf hin- und herfallen; ihre Physiognomie bleibt regungslos, sie weinen selten, lächeln nie, zeigen keine Neugierde und Aufmerksamkeit; die Dentition geht sehr langsam vor sich, die Zähne werden bald wieder schlecht, die Zunge hängt zum Mund heraus, das Kind lernt kaum vor dem 6. Lebensjahr, zuweilen selbst da noch nicht gehen, der Ausdruck der Geistesleere ist alsdann schon ganz ausgesprochen — der Krankheits-Process ist vollendet. Bis zur Pubertät werden die Züge gröber, eckiger, älter, die Haut wird oft dunkel, rauh und grob, der Körper bleibt klein; die geistige Entwicklung kommt bei den höheren

Graden gar nicht oder nur in ihren einfachsten Rudimenten — und selbst in diesen noch verzerrt — zu Stande, die apathisch-torpide, trübselige Geistes- und Gemüths-Beschaffenheit überwiegt; dagegen in den mässigeren Graden und leichten Fällen sind die etwas agitirten Zustände häufig, aus ihnen erwachsen die Komiker des Dorfes. Die Pubertät tritt spät, zuweilen erst im 20. Jahre ein; währte bis dahin die Kindheit, so fängt jetzt das Alter an; von der Pubertät an ändert sich im Körperlichen und Geistigen wenig mehr.

Viele Cretinen höheren Grades verfallen sehr häufig, manche täglich in einen Zustand von Bewegungslosigkeit, von Halbschlaf oder Stillstand aller Körper- und Seelenkräfte, was offenbar als ein der Epilepsie oder dem epileptischen Schwindel analoger Zustand zu betrachten ist (es kommen dabei wohl auch einige unregelmässige Bewegungen des Kopfes und Körpers, Verdrehen der Augen u. dgl. vor). — In Betreff der weiteren körperlichen und geistigen Eigenthümlichkeiten der Cretinen muss auf die vielen Specialschriften, besonders die ausführliche Schilderung der sardinischen Commission verwiesen werden.

III. Therapie.

§. 546.

Vor allen Dingen prophylaktisch, bei dem endemischen Cretinismus Entfernung aus dem Orte der Endemie, Verbesserung der tellurischen, atmosphärischen und hygienischen Bedingungen.

DRITTES CAPITEL.

Jugendirresein, Pubertätsirresein.

Litteratur.

Schüle: Das Irresein der Pubertätszeit. Handbuch d. Geisteskrkh. 2. Aufl. 1880, p. 209—215. — v. Krafft-Ebing: Psychosen des Pubertätsalters und moralische Idiotie. Psychiatrie p. 162—163 und 709—716. — Savage: Moralisches Irresein. Geisteskrkh. p. 322—330. — Hecker: Die Hebephrenie. Virchow's Archiv 1870, Bd. 52, p. 394. — Fink: Beitrag zur Kenntniss des Jugendirreseins. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1880, Bd. 37. — Kahlbaum: Hebephrenie. Irrenfreund 1877. No. 4 u. 5. — Idem: Ueber Heboïdophrenie. Zeitschr. f. Psych. 1889, Bd. 46. — Idem: Ueber eine besondere klinische Form des moralischen Irreseins. Naturforschervers. Magdeburg 1884. — Bourneville und Sollier: Folie de l'adolescence. Instabilité mentale. Idées vagues de persécution. Succube. Mélancholie des onanistes. Progr. méd. 1888, No. 17, 18, 1889, No. 5 (ref. Holtermann, Centralbl. f. Nervenheilk. etc. 1889, No. 15, p. 379 f.). — Mairet: Leçons cliniques. Folie de la puberté. Ann. méd.-psych. 1888/1889 (ref. Gottlob, Neurol. Centralbl. 1889, No. 20). — Schlöss: Ueber die Lehre vom moralischen Irrsinn. Jahrb. f. Psych. 1889, Bd. 8, H. 3.

Einleitung.

§. 547.

Unter den geistigen Störungen, welche ausschliesslich im Pubertätsalter auftreten und demselben eigenthümlich sind, ist vor Allem die Hebephrenie zu nennen, wobei jedoch wohl zu merken ist, dass keineswegs jede in dieser Zeit ausbrechende Seelenstörung eine hebephrenische ist (vgl. p. 257 und 258).

Was man gewöhnlich als moralisches Irresein, Moral insanity, bezeichnet, ist nur ein Symptom des Jugendirreseins. (Man meinte eine Pneumonie und sprach nur von der Dyspnoe.) Wir wollen den Begriff „Moral insanity“ als Krankheitsbild ausscheiden und nur von dem Jugendirresein als von einer umgrenzten Psychose sprechen.

Dieses zeigt sich in einer Gemüthsentartung auf schwachsinniger Grundlage nach der ethischen und moralischen Seite hin, welche man vorzugsweise bei Kindern resp. jugendlichen Personen findet, obwohl bei ersteren eine ausgebildete Moral gar nicht vorhanden sein kann. In dieser geistigen Störung zeigt sich ein Mangel oder eine Schwäche jener Gegenmotive, welche den socialen Menschen von der rücksichtslosen Befriedigung seiner egoistischen Neigungen zurückhalten. Damit hängt häufig eine abnorme Ausbildung gewisser elementarer Triebe zusammen. Das Wesen des Jugendirreseins muss auf die intellectuelle Idiotie, den Schwachsinn, zurückgeführt werden; daher darf man nur von Schwachsinn in moralischer Form, nicht von einer besonderen Krankheitsspecies, dem moralischen Irresein sprechen. Der Schwachsinn ist nicht immer ein in die Augen springender geistiger Defect; er ist ein Ausfall, der in vielen Abstufungen vorkommt, vom ausgesprochenen Blödsinn bis hinauf zu jener Stufe, auf welcher grillenhafte Eigenheiten und Bizarrerieen die Schwelle zur Gesundheitsbreite bilden. Auch bei geistiger Defectuosität sind Vorstellungen vorhanden; sie sind jedoch abnorm, ohne Schärfe und werden zu krankhaften Schlüssen verarbeitet. Der Schwachsinn ist also in der Unfähigkeit, folgerichtig zu schliessen, zu suchen, und auf seiner Basis entstehen Anomalieen und Perversitäten des Handelns. Wenn das Gefühl für Recht und Unrecht nicht vorhanden ist, so kann nicht ein vereinzelter Defect angenommen werden, sondern es handelt sich dann um eine Alteration des ganzen Gemüths und mit ihr um eine Störung des Geistes. Der Jugendirrsinn lässt den damit Behafteten verbrecherische Handlungen ausführen, welche den Charakter des Vorbedachten und Ueberlegten haben; es sind Handlungen geisteskranker Individuen, die eine nicht freie Selbstbestimmung auf ihre Wege führt. Wir kommen hier an die Grenze von Verbrechen und Geistesstörung (cf. p. 9). Beim Jugendirresein haben wir, wie bei

der senilen Involution, der Epilepsie, dem Alkoholismus, der Paralyse und den Erregungszuständen, krankhafte Reizbarkeit und Insufficienz des schlussbildenden Apparates, die zumeist hereditär, in defecter Organisation des Gehirns begründet und angeboren ist. Was dort auf einen erworbenen, das ist hier auf einen angeborenen Defect zurückzuführen (Schlöss l. c. p. 284).

Schon in früher Jugend fällt der Mangel an Mitgefühl (Thierquälerei), unbezwingliche Gewalt des Geschlechtstriebes (Onanie), Falschheit, schlaues Raffinement, Neigung zu brutalen Gewaltthaten, zu Diebstahl und Ausschweifungen, Mangel an Ehrgefühl und kindlicher Anhänglichkeit an Eltern und Geschwister, ausgeprägte Selbstsucht auf.

Diese Defecte im Gemüthsleben hat Lombroso beim „geborenen Verbrecher“ (delinquente nato) nachgewiesen. Die Intelligenz ist fast normal entwickelt, nur fehlt die Fähigkeit zur Gewinnung allgemeiner Gesichtspunkte oder doch die Schärfe und Klarheit des Begriffes. Solche Individuen machen als Schüler oft bedeutende Fortschritte, versagen aber sofort, sobald eigene und selbstständige Verarbeitung des Lehrstoffes verlangt wird (Kraepelin l. c. p. 524).

Hier ist der geeignete Boden für impulsive Handlungen gegeben. Die Schwäche zeigt sich in der geringen Widerstandsfähigkeit gegen plötzlich aufsteigende Antriebe. Der Mangel irgend eines intellectuell erfassten Beweggrundes für die krankhaften Handlungen, die impulsive, triebartige Ausführung derselben ist das Charakteristische. Der Inhalt der „Zwangshandlungen“ ist oft ein ganz gleichgültiger; in schwereren Formen tritt meist eine bestimmte Richtung hervor: Neigung zu Diebstählen, zum Brandstiften und zum Verletzen und Tödten, besonders beim weiblichen Geschlecht während sexueller Alteration. Diese Neigungen sind oft mit Wollustgefühlen für den Thäter verbunden, welche die gewaltige Macht der Antriebe noch steigern. In schwereren Fällen durchkreuzen diese krankhaften Antriebe regellos das ganze Handeln des Patienten, dessen sonstiges Wesen meist kindisch und kleinmüthig, weinerlich ist. Die Intelligenz zeigt oft eine gewisse Beschränktheit, noch deutlichere die gemüthliche Seite, wo man es stets mit haltlosen, kindisch-eigensinnigen oder verschlossenen, brutalen Naturen zu thun hat. Auf diesem Boden entstand die Lehre von den „Monomanieen“ (ibidem p. 526).

A. Die Hebephrenie.

I. Allgemeines Bild.

§. 548.

Die Hebephrenie ist, wie schon gesagt, eine in den Pubertätsjahren (14.—22. Jahr) auftretende juvenile Krankheit, die sich sowohl durch ihre Pathogenese als auch durch einen ganz bestimmten Verlauf

und eigenthümliche Symptome von jeder anderen Geisteskrankheit unterscheidet. Die vor Allem wesentlichsten Merkmale dieser geistigen Störung sind nach Hecker: „Ihr Ausbruch im Anschluss an die Pubertät, das successive oder wechselnde Auftreten der verschiedenen Zustandsformen (Melancholie, Manie, Verwirrtheit), ihr enorm schneller Ausgang in einen psychischen Schwächezustand und die eigenthümliche Form dieses Terminalblödsinns, dessen Anzeichen schon in den ersten Stadien der Krankheit sich erkennen lassen.“

II. Aetiologie.

§. 549.

In der Aetiologie dieser Krankheit nimmt die höchste Bedeutung ebenfalls das Moment der Heredität in Anspruch. Die Hebephrenie ist eine Entartungspsychose. Nach Fink sind die Individuen, die von ihr betroffen werden, ab origine mit einer geringgradigen Idiotie behaftet, die während der ganzen Kindheit und in der ersten Zeit der Pubertät latent bleibt und erst dann zum Ausbruch kommt, wenn an die psychischen Leistungen höhere Anforderungen gestellt werden, und zugleich im Organismus der von Haus aus schwer Belasteten mächtige Umwälzungen vor sich gehen. Sodann ist der Fall nicht selten, dass der Betreffende in frühester Kindheit schwer krank gewesen ist, sei es an einer die Ernährung im Allgemeinen störenden Krankheit, wie Typhus, Pneumonie, sei es an einer Kopf- resp. Gehirnkrankheit. Wie viel Schuld dann noch einer verweichlichenden und nachsichtigen Erziehung des meist schwächlichen Kindes zuzuschreiben, ist wohl nicht zu entscheiden. Die veranlassenden Ursachen sind im Allgemeinen dieselben, wie bei den anderen Geistesstörungen; doch dürfte die Onanie gerade in diesen Fällen eine Hauptrolle spielen.

III. Symptomatologie.

§. 550.

In den meisten Fällen beginnt die Krankheit, scheinbar als Folge einer tieferen gemüthlichen Alteration, mit den ausgesprochenen Symptomen der Melancholie, zunächst unter dem Bilde einer traurigen Verstimmung und starken Deprimirtheit; allmählich gesellen sich dann gewisse, aber sehr wechselnde Wahnideen hinzu. Immer aber zeigt sich eine grosse Oberflächlichkeit der Empfindungen, und schon frühzeitig tritt mit der traurigen eine mehr heitere Stimmung in Contrast. Es hat oft den Anschein, als spielten oder coquettirten die Kranken mehr willkürlich mit ihren melancholischen Empfindungen; denn neben einer

gewissen Sucht, über das schreckliche Unglück, das ihn betroffen oder die Sünden, die er begangen, zu jammern und zu klagen, kann der Kranke oft einen Trieb zum Lachen und albernen Scherzen nicht unterdrücken. Nicht selten macht auch ein erhöhter und oft bizarrer Thätigkeitsdrang sich geltend, der sich bis zu ausgesprochener, expansiver Tobsucht steigern kann. Meist äussert sich derselbe in einem zweck- und ziellosen Handeln, in einem Hang zum Vagabondiren und Herumstreifen, und lange Zeit können solche Individuen in der Welt herumlaufen, ohne als krank zu gelten. Zuweilen betrifft die Hebephrenie bei fast intacter Intelligenz vorzüglich die moralische und ethische Seite des Seelenlebens. Es zeigt sich eine erschreckende Gemüthsrohheit bei diesen Defectmenschen. Kalte, böswillige Egoisten, aller edleren Gefühle baar, interesselos für alles Edle und Schöne, stumpf für alle Regungen des Herzens, fehlt ihnen auch jeder Sinn für Sitte und Anstand. In all ihrem Handeln ist ein gewisser sittlicher Defect, ein Mangel an Rechtsbegriffen deutlich zu erkennen; sie gerathen daher oft mit der Polizei und dem Strafgesetzbuch in Collision und kommen schliesslich, als irrsinnig erkannt, in die Irrenanstalt.

Bestimmte Wahnideen lassen sich nur selten nachweisen. Es treten wohl allerlei bizarre Einfälle auf, aber der von Anbeginn an vorhandene Schwachsinn gestattet diesen Wahnideen nicht, sich zu consolidiren. Sie haben etwas so Flüchtiges und gewissermaassen absichtlich Gemachtes an sich, dass sie sich dadurch schon von den „fixen" Wahnideen der Verrückten unterscheiden. Sie erinnern an die Vorliebe der Kinder für willkürliche Phantasiegebilde (Confabulation — Kahlbaum); denn sie werden ohne jede Consequenz geäussert, und es hat den Anschein, als ob der in seinem ganzen Benehmen kindische Kranke mit seinen läppischen Faseleien nur spiele, sie nur zur Düpirung Anderer vorbringe.

„In manchen Fällen treten als Reste aus dem melancholischen Stadium noch rudimentäre Elemente eines Verfolgungs- oder Beeinträchtigungswahns hervor" (Hecker). Meist aber zeigt der Inhalt der Reden nur eine gewisse schwachsinnige, kritiklose, kindische Auffassung der objectiven Verhältnisse, womit sehr häufig eine ausgesprochene Neigung, sich in allgemein wissenschaftlichen Thesen und Auseinandersetzungen zu ergehen, in seltsamem Widerspruch steht.

Auch die Redeform dieser Kranken bewegt sich in hochtrabenden, aber nichtssagenden Phrasen. Bemerkenswerth ist dabei die Vorliebe für Fremdwörter und Kraftausdrücke und die Neigung, von der natürlichen Schreib- und Redeweise abzuweichen, z. B. in fremden Jargons (Officiers- oder jüdischem Jargon etc.) zu reden und zu schreiben. Es besteht dabei Unfähigkeit, einen Gedanken in knapper und präciser

Form auszudrücken, auch fällt immer die alogische Satzbildung und sonderbare Constructionsweise auf.

Die charakteristische Gestaltung des hebephrenischen Blödsinns ist je nach der grösseren oder geringeren Entwicklung einzelner Symptome bald schärfer, bald schwächer ausgeprägt. Während bei einzelnen Kranken das alberne Wesen und Gebahren durch ein mehr gesetztes, aber ganz eigenthümlich altkluges Benehmen mehr in Schranken gehalten wird, erscheint es in anderen Fällen durch einen dem Stumpfsinn näher stehenden, tieferen Grad des Blödsinns mehr unterdrückt und verdeckt, obwohl im Allgemeinen die tiefsten Grade des Blödsinns, wie wir sie z. B. bei der Paralyse finden, selten beobachtet werden, und vielmehr ein langes Verharren auf einer gewissen mittleren Stufe des geistigen Verfalls charakteristisch zu sein scheint. Gelegentlich kommen in diesem Stadium des Blödsinns auch Aufregungszustände, die sich bis zu Tobsucht steigern können, vor; gewöhnlich sind sie durch Onanie, menstruale Vorgänge oder auch durch Hallucinationen veranlasst.

IV. Diagnose und Differentialdiagnose.

§. 551.

So verschieden die Fälle im Einzelnen verlaufen mögen, das frühe Auftreten jenes gar nicht zu verkennenden, eigenthümlichen, albernen Schwachsinns sichert neben der Besonderheit des Verlaufs die Diagnose. Differential-diagnostische Schwierigkeiten könnten entstehen bei der Unterscheidung der Hebephrenie von der primär veranlagten, originären Verrücktheit.

„Bei den Paranoischen ist eine streng systematische Abrundung der wahnhaften Ideen vorhanden; letztere beherrschen den ganzen Bewusstseinsinhalt der Kranken und bilden die Grundlage all seines Denkens und Handelns“ (Fink). Die Art und Weise jedoch, wie die Hebephrenen ihre Ideen vorbringen, lässt einen etwaigen Irrthum in der Diagnose bald erkennen. Zudem ist der Verrückte immer productiv, während aus allen Aeusserungen des Hebephrenen die Gedankenarmuth deutlich zu erkennen ist. Schliesslich kommt es beim Verrückten nie zum wirklichen Blödsinn, wie er beim Hebephrenen so bald eintritt.

Ferner hat man behauptet, dass man die Hebephrenie nicht immer von der Folie circulaire (Falret) unterscheiden könne. Darauf ist zu erwidern, dass die melancholischen und maniakalischen Phasen des circulären und periodischen Irreseins stets noch eine theilweise Lucidität zeigen, während bei Hebephrenischen der Schwachsinn schon am Anfang der Krankheit durchscheint. Ferner sind die Intervalle nie ganz frei von

Seelenstörung, während die Hebephrenen in ihren Intermissionsstadien sich vollkommen normal verhalten.

Was die Häufigkeit des Vorkommens der Hebephrenie anbetrifft, so stimmen die Angaben der Autoren hierin nicht überein. Das Verhältniss der Zahl der Hebephreniker zu anderen Geisteskranken schwankt zwischen 0,3% (Schüle) und 2,8% (Hecker). Fink kommt zu dem Schluss, dass bei vorhandener, neuro- oder psychopathischer Belastung die geistige Störung im jugendlichen Alter von allen anderen Krankheitsformen am häufigsten unter dem Bilde der Hebephrenie zu Tage tritt.

V. Prognose und Therapie.

§. 552.

Die Prognose der Hebephrenie ist nach Fink durchaus infaust, stets geht der Schwachsinn in tiefen Blödsinn über. Hecker, der einen Fall von relativer Genesung erwähnt, hält die Prognose zwar nicht für absolut, aber doch für sehr ungünstig. v. Krafft-Ebing, welcher einen Fall von Heilung und einen anderen mit dauernder Besserung anführt, ist derselben Ansicht.

Therapie: Eine richtige und erfolgreiche Behandlung kann nur in einer Anstalt stattfinden. Dieselbe muss eine ebenso sorgsam psychische (ärztlich-pädagogische), als eingehend somatische sein.

Krankengeschichte 1. Hebephrenie mit Delirium persecutionis (Succubus). Dysthymie auf masturbatorischer Basis. „Es betrifft einen 17 jährigen jungen Mann, dessen Tante väterlicherseits einen lüderlichen Lebenswandel führte, dessen Grossmutter von Mutter Seite jähzornigen Charakters war, und dessen Schwester im Alter von 4 Jahren an Meningitis mit Convulsionen starb. Er selbst war von Kind auf heftig, reizbar und schwermüthigen Temperaments, ergab sich im Alter von 15 Jahren der Onanie und war seitdem unlustig und ohne Ausdauer bei der Arbeit, streitsüchtig und nachlässig, auch schlief er zeitweise schlecht. Auf eine anscheinend ungerechte Beschuldigung des Arbeitgebers trat ein heftiger Erregungszustand von kurzer Dauer auf, der aber eine Verschlimmerung der eben erwähnten Symptome im Gefolge hatte; der Schlaf wurde andauernd schlecht und von Anfällen unmotivirten Lachens unterbrochen, die sich auch am Tage einstellten. Zu gleicher Zeit äusserte der Knabe Verfolgungsideen; er beschuldigte seine Eltern, namentlich seine Mutter, dass sie ihm nach dem Leben trachte, stiess Drohungen gegen dieselbe aus und wurde gewaltthätig. Schon damals bestanden Illusionen in der geschlechtlichen Sphäre, welche die Hauptsache seiner Abneigung und Feindseligkeit gegen die Mutter bildeten; er nannte sie eine „Exploiteuse de la nature“, warf ihr vor, dass sie ihn Nachts mit Morphium, das er durch den Geruch wahrnehme, betäube, sodass er unfähig sei, ein Glied zu bewegen, dann lege sie sich auf ihn und triebe Unzucht auf ihm, Alles zu dem Zwecke, ihn allmählich mehr und mehr zu schwächen und so einem frühzeitigen Tode zu überliefern. Der Knabe schrieb damals und noch später eine Reihe diesbezüglicher Briefe an den Staatsanwalt und den Polizeipräfecten. Er masturbirte häufig; die Verfolgungsideen bestanden fort, während die Geruchstäuschungen zurücktraten, und die Illusionen

in der geschlechtlichen Sphäre verschwanden. Der Zustand wechselte im Allgemeinen zwischen Exaltation und Depression, die im Laufe der Zeit an Intensität mehr und mehr abnahmen; auch die Verfolgungsideen, und mit ihnen die Abneigung gegen die Mutter wurden allmählich schwächer; Masturbation war im letzten Jahre nach Einleitung eines vorsichtigen, hydrotherapeutischen Verfahrens nicht mehr beobachtet worden, — sodass der Knabe im Januar 1887 seinen Eltern als genesen übergeben werden konnte. Ein leichter Grad geistiger Schwäche war übrigens zurückgeblieben.“ (Bourneville und Sollier, ref. Holtermann l. c.)

Krankengeschichte 2. Eigene Beobachtung. Hebephrenie mit hysterischem Charakter. N. N., 16 Jahre alt, aus einer Familie stammend, in der zwar mehrfache Fälle von Diabetes mellitus, aber keine Geisteskrankheiten vorgekommen sind, war stets körperlich gesund, fing aber nach seinem eigenen Geständniss schon frühzeitig an, stark zu onaniren; er war etwa als Durchschnittsnatur veranlagt, besass aber keine Willensfestigkeit und bedurfte daher auf der Schule stets sehr des Antriebes, wie er denn auch wiederholt in den Klassen zurückblieb. Er war etwas verzogen, sein Gemüth war weich, leicht erregbar, sein Gedächtniss gut, seine Phantasie ziemlich lebhaft; er hatte ausgesprochene Neigung zu Thieren, vornehmlich zu Pferden und Hunden. Was endlich die moralische Seite seines Gemüthslebens anbetraf, so log er gern und wusste sich immer herauszuschwindeln; auch hielt er nach Angabe seiner Angehörigen mit Niemandem eine rechte Freundschaft, da er sich mit denen, die ihm näher traten, stets bald zankte.

Anfang Februar 1887, als er in Berlin das Gymnasium besuchte, wurde er wegen Kopfschmerzen aus der Schule nach Hause geschickt und konnte die ganze folgende Nacht nicht schlafen. Am nächsten Morgen hatte er einen heftigen Schreck, als plötzlich von aussen am Fenster ein Mann erschien, der dort Wein anband: er bekam Krämpfe, verlor angeblich auch das Bewusstsein, welches in Pausen wiederkehrte und dann wieder schwand. Dieser Zustand dauerte den ganzen Vormittag und auch Nachmittags 2—3 Stunden. Darauf wechselten 2—3 Tage Lachkrämpfe mit blödem Vorsichhinstarren ab, ohne dass das Bewusstsein fehlte. Patient hörte Alles und nahm auch Nahrung zu sich, wenn auch nur wenig. Nach einer Woche schon besuchte er wieder die Schule, doch wenige Tage später wiederholte sich dieser Zustand. Nach eingetretener Besserung besuchte er wieder die Schule, wurde dort wieder krank, und so ging es fort: jedes Mal wenn Patient wieder Unterricht hatte, bekam er einen Anfall, sodass er schliesslich ganz aus der Schule genommen und einer offenen Anstalt für Nervenkranke übergeben werden musste.

Als er aus dieser nach ca. 10 Wochen gebessert entlassen wurde, kam er in eine kleinere Stadt zu einem Lehrer in Pension, der ihm Privat-Unterricht ertheilen sollte. Auch hier bekam er wieder beim Unterricht einen hysterischen Anfall; ja einmal trat schon aus Furcht vor Strafe ein solcher ein. Pat. zeigte sich überhaupt sehr leicht beleidigt und erregt und wurde 1887 einem ärztlichen Pädagogium übergeben. Hier tritt er ziemlich arrogant auf, renommirt stark, erzählt Studentengeschichten, unterhält sich mit den älteren Herren in sehr altkluger Weise, will Alles besser wissen, wünscht Romane zu lesen und weist die seinem Alter und seinen Kenntnissen entsprechenden Bücher zurück.

Nach einiger Zeit wird ihm mitgetheilt, dass vom nächsten Tage ab der Unterricht anfangen soll; er erwidert, er würde dann wohl wieder einen Anfall bekommen, und in der That fing er ½ Stunde nach Beginn des Unterrichts an, unruhig zu werden, und bekam, auf sein Zimmer gebracht, einen ausgesprochenen hysterischen Anfall. Patient schlug mit den Händen um sich, strampelte mit den Beinen, sprang auf, fiel dann wieder erschöpft auf's Sopha zurück. Er wurde darauf sofort kalt eingewickelt, wo-

gegen er durch energisches Strampeln reagirte. Bei dem Versuche, ihm die Augen zu öffnen, kniff er dieselben krampfhaft zu, öffnete sie nach etwa ¼ Stunde plötzlich und fragte in anscheinend halb verwundertem, halb lächelndem Tone: „Ich habe wohl einen Anfall gehabt?"

Dasselbe wiederholt sich die folgenden Tage stets um dieselbe Zeit, ½10 Uhr Morgens, eine halbe Stunde nach Beginn des Unterrichts. Patient bittet, den Unterricht aussetzen zu dürfen. Jedoch nimmt die Intensität der Anfälle immer mehr ab, schon nach 4 Tagen ist lediglich ein geringes Zittern und Zucken mit den Armen bemerkbar, welches aber mit der darauf folgenden Einwicklung sogleich aufhört.

Ein theils vorlautes, theils blasirtes Wesen tritt bei jeder Gelegenheit zu Tage. Pat. drängt sich in aufdringlicher Weise an die älteren Herren heran, die von ihm Nichts wissen wollen, spielt ihnen gegenüber den plump Vertraulichen, ist sehr devot und liebenswürdig zu denen, die es ihn nicht merken lassen, dass sie ihn durchschauen; den jüngeren gegenüber fühlt er sich jedoch sehr erhaben, indem er sie oft, besonders wenn Niemand dabei ist, herrisch anfährt oder über sie spottet. Er mischt sich in jedes Gespräch, redet bei Allem mit, bei einer Unterhaltung über die Schweiz ruft er: „Ha! dahin werde ich meine Hochzeitsreise machen;" dann erzählt er vom Theater, Pferderennen, von Studenten, Officieren, ahmt die Sprechweise eines älteren (jüdischen) Patienten nach. Andere Male benimmt er sich mürrisch, flegelhaft, unfolgsam. Er neigt überhaupt sehr zur Opposition und nimmt Partei für die, welche sich nicht der Hausordnung fügen; im Garten geht er in geckenhafter Weise umher: beide Hände in den Rocktaschen eines modernen, engen Jaquettes, die Uhr wie bei einer Uniform in der Hosentasche, hohles Kreuz, durchgedrückte Kniee, Kopf im Nacken, mit einem Ausdruck in den Mienen, als wollte er sagen: „Was kostet Berlin!"

Für das Lächerliche der von ihm provocirten Situationen hat er kein Gefühl; beim Schlittschuhlaufen schlängelt er sich sofort an die Damen heran und spielt ihnen gegenüber den galanten Ritter; nachher meint er auf dem Nachhausewege ganz naiv: Die Dame, mit der er gelaufen wäre, würde wohl ganz melancholisch sein, da er fort wäre.

Nach einiger Zeit klagte Pat., dass er in den letzten Nächten schlecht geschlafen habe: Er habe in der letzten Zeit (etwa 14 Tagen) 3 Pollutionen gehabt, vor 3 Wochen habe er aber zum letzten Male onanirt, nachdem er sich das Ehrenwort gegeben, es nicht mehr zu thun. Trotzdem setzte er im nächsten Jahre 1888 das Onaniren weiter fort.

Das Aussehen war etwas elend; auch machte Pat. in seinem ganzen Wesen zeitweise einen gespannten und gereizten Eindruck. Ueberhaupt trat eine gewisse Nervosität mitunter recht deutlich hervor; so konnte er Laubsägearbeiten nur mit Mühe vornehmen, da das Geräusch des Sägens ihn in nervöse Aufregung versetzte; ebenso bekam er infolge eines Schrecks, hervorgerufen lediglich durch das Herabfallen eines Ueberziehers während des Unterrichts, augenblicklich Kopfschmerzen mit auffallend weiten, starren Pupillen.

Ferner klagte Pat. über eine ihm unangenehm zur Wahrnehmung gekommene Gemüthsverfassung: Er müsse ohne Veranlassung nach vorherigem Traurigsein heftig weinen und könne es auf keine Weise unterdrücken; auch komme häufig eine so jähzornige Stimmung über ihn, dass ihm erst wohl sei, wenn er z. B. ein Glas zerschlagen oder irgend einen Gegenstand auf den Boden geworfen und zertrümmert habe. So schlägt er eines Tages an einer Thür ohne Weiteres, als ihm nicht sofort geöffnet wurde, die Scheiben ein. In seinem Benehmen und sonstigen Verhalten war auch im Jahre 1888 eine erhebliche Aenderung nicht wahrzunehmen. Seine Sucht, sich hervorzudrängen und wichtig zu machen, bleibt die gleiche und äussert sich bei jeder Ge-

legenheit. Auf den gemeinsamen Spaziergängen macht er sich dadurch sehr auffällig, dass er, wenn z. B. Damen vorübergehen, recht oft und laut den Grafen X. oder den Baron M. (2 andere Patienten) mit „Herr Graf“ und „Herr Baron“ anredet. Ein anderes Mal hatte er auf einer Parthie einer älteren Dame eine kleine Gefälligkeit erwiesen, worauf die betreffende Dame ihm sagte: „Sie sind ein aufmerksamer junger Mann.“ „Das ist die Pflicht unseres Geschlechts dem weiblichen gegenüber,“ erwiderte er galant zur allgemeinen Belustigung der Umstehenden. Auch die ganze Art, wie er Toilette macht, ist höchst charakteristisch und bezeichnend. Patient geht mit Vorliebe in hellen Hosen, trägt möglichst helle Shlipse, ein Pince-nez, aber absolut keine Brille, macht überhaupt einen recht geckenhaften Eindruck und sucht offenbar zu gefallen. Dabei ist er einem neuen Patienten gegenüber höchst aufdringlich, obwohl dieser durchaus Nichts von ihm wissen will. Für das Demüthigende seiner Abweisung hat er keine Empfindung. Er ist wieder grosssprecherisch, studirt in den Zeitungen fast nur, was die Majestäten gethan haben und wo sie gewesen sind: „Es muss doch schön sein, einen so grossen Ländercomplex zu besitzen,“ meint er und fragt dann einen Herrn, welche Carrière höher stände, die militärische oder die diplomatische? Bei der Unterhaltung wirft er viel mit französischen Redensarten um sich, ahmt gern den sogenannten Lieutenantsjargon nach und redet bei Allem mit, selbst bei politischen Fragen. Beim Unterrichte macht er nur geringe Fortschritte. Trotzdem wünscht er Unterricht in französischer Conversation und Aquarellmalerei zu nehmen, aber wohl weniger aus Wissensdrang als aus Sucht nach Ueberhebung.

Seine Briefe, meist undeutlich und höchst nachlässig geschrieben, offenbaren inhaltlich wie formell einen recht mangelhaften Stil: „Der Speisezettel bei der Hochzeit war ja grossartig, noch besser wie bei der Hochzeit des Prinzen Heinrich.“ „Ich habe hier einen Kaufmann P. kennen gelernt, das war ein richtiger Fatzke.“ „Ich bin bei der Wahl eines Anzuges nicht verpflichtet, mich nach dem Herrn Director zu richten, denn ich trage den Anzug, nicht er.“

Seiner Cousine schickte Pat. einen Gratulationsbrief; den Inspector, welchem er den Brief zur Beförderung übergab, bat er, den Aerzten zu sagen, es sei die Cousine, an welche er den Brief gerichtet hätte, „damit die Herren nicht auf andere Gedanken kämen.“

Der weitere Verlauf entzog sich meiner Beobachtung.

B. Die Heboïdophrenie, das Heboïd, das Jugendhalbirresein — Kahlbaum.

§. 553.

Unter Heboïdophrenie versteht Kahlbaum einen psychischen Krankheitszustand, der in der Jugend auftritt und folgende symptomatische Eigenthümlichkeiten zeigt: 1) Abweichungen des gesammten Verhaltens und Ungewöhnlichkeiten jenes Complexes von seelischen Eigenschaften, welche vorzugsweise die psychische Individualität des Menschen in socialer Beziehung zusammensetzen, und die man bald Charakter, bald Persönlichkeit, bald Temperament nennt. 2) Abnormitäten und Ungewöhnlichkeiten des Trieblebens, welche als Mängel oder Abweichungen der Gewohnheiten und der Sittlichkeit aufzufassen sind

und sich in extremen Fällen als verbrecherische Neigungen oder Thaten äussern. Andere Symptome, wie Abschwächungen der Intelligenz oder auch hohe Entwicklung derselben (geniales Wesen), Abschwächungen oder Steigerungen des Gefühlslebens können vorhanden sein, sind aber nicht charakteristisch und können auch fehlen.

Im Gegensatz zur Hebephrenie, welche stürmisch verläuft und durch verschiedene Stadien schliesslich, und zwar meist nach relativ kurzem Verlauf, zu einem Verfall der geistigen Kräfte führt, zeigen diese Krankheitsbilder einen mehr protrahirten Verlauf; die afficirten Individuen können zwar auch einen Wechsel der Stimmung zeigen, bleiben aber im Wesentlichen auf demselben Stande geistiger Leistungsfähigkeit, der für ihre individuelle Begabung charakteristisch ist, und verfallen im Allgemeinen nicht in Verwirrung und Schwachsinn. Sie zeigen den Laien weniger das Bild einer geistigen Erkrankung, als vielmehr das der schlechten Erziehung, der Ungezogenheit. Kahlbaum hat diese Form, die gleichsam nur ein Ausschnitt aus dem Symptomenbilde der Hebephrenie ist, Heboïdophrenie oder kurz Heboïd oder Jugendhalbirresein genannt.

Wesentlich für die Heboïdophrenie ist, dass die betreffenden Personen nie in geistige Verkümmerung fallen. Die Hebephrenie zeigt, wie erwähnt, einen ziemlich regelmässigen Verlauf durch verschiedene Stadien. Zuerst Verstimmungszustände, an welche sich Tobsucht anschliesst, oft mit expansivem Gefühlsinhalt, Ideenflucht und dem Krankheitsbilde der Manie. Nach Aufhören dieses Höhenstadiums tritt allgemeine Verwirrtheit auf und eine mehr oder weniger weitgehende geistige Verkümmerung. Bei der Heboïdophrenie sieht man dagegen ein Schwanken zwischen melancholischen Stimmungen und expansiven Affecten, aber nie einen abgeschlossenen Totalzustand, sondern immer nur einen mehr oder weniger ausgeprägten Zustand von Affecten und von ungenügendem, kindischem Denken, indem das freie Denken der Kranken gewissermassen immer vorbei trifft.

Das Vorbeidenken kommt auch in manchen Fällen bei der Hebephrenie vor, ferner im Stadium der Verwirrtheit bei verschiedenen Formen von Seelenstörung, bei diesen kommt es dann aber auch zu Wahnideen, die beim Heboïd fehlen (Kahlbaum).

Wesentlich ist für viele Fälle dieses Krankheitsbildes die Aneignung fremden Eigenthums, welche bald aus Naschhaftigkeit oder Lust am Besitze, bald aber auch ohne solchen Zweck vorkommt. Bei der Frage, ob es sich in solchen Fällen wirklich um eine Krankheit und nicht vielmehr um eine schlechte Charakteranlage oder das Ergebniss schlechter Erziehung handle, ist ein Hauptgesichtspunkt der, dass in den allermeisten Fällen die Erblichkeitsverhältnisse sehr deutlich für eine

organische Belastung sprechen. In anderen Fällen, wo die Erblichkeit weniger entschieden nachgewiesen ist, sind Krankheiten des Gehirns in frühester Kindheit anzuschuldigen. Meist sind auch an den Betreffenden deutliche Zeichen irgend welcher Entwicklungshemmung oder sonstige nervöse Störungen vorhanden, wie z. B. in einem Falle auffallende Kleinheit und Zurückgezogenheit des Kinnes, in einem anderen die Neigung zum Bettnässen noch im 15.—16. Jahre, Mondsucht und Schlafwandeln.

Der Erziehung wird man oft einen wesentlichen Antheil an der mangelhaften seelischen Entwicklung zuschreiben können. Von besonderer Bedeutung ist, dass diese Menschen sich selbst, ebenso wie die Volksstimme und die Umgebung für geisteskrank halten; so ist nicht zu zweifeln, dass man es mit einer wirklichen Krankheit zu thun hat.

C. Choreatische Manie (Mairet).

§. 554.

Mairet betont bei seiner Betrachtung des Jugendirreseins die pathogenetische Bedeutung der Pubertätsentwicklung für Geistesstörungen. Sie kann einen schwierigen, pathologischen Verlauf nehmen, welcher die Bedingungen für das Auftreten von Irresein abgiebt; derselbe documentirt sich durch körperliche Schwäche, Unregelmässigkeiten der Menstruation, Chloro-Anämie, Kopfschmerz, hysteriforme Zufälle, Aenderungen des Charakters beim weiblichen Geschlecht, durch Müdigkeitsgefühl, Kopfschmerz, cerebrale Erregbarkeit, Palpitationen etc. beim männlichen. Mairet unterscheidet zwei Gruppen des Jugend-Irreseins: 1. Pubertäts-Irresein mit Stillstand in der geistigen Entwicklung. 2. Einfaches Pubertäts-Irresein und zwar: a) lypemanischer Stupor (cf. Katatonie §. 345 f.); b) choreatische Manie; c) impulsive Manie; d) hysterische Manie.

Unter diesen Formen hat die choreatische Manie (Hyperthymie) durch die mit ihr complicirte Chorea einen specifischen Charakter, ebenso wie die auf neurasthenischer Grundlage sich findende Dysthymie. Die choreatische Manie tritt nach Mairet mehr beim männlichen Geschlecht auf, und die Erblichkeit spielt bei ihr eine grössere Rolle. Die Prodrome sind die Symptome einer pathologischen Pubertätsentwicklung: besonders beobachtet man anhaltenden Kopfschmerz, Aenderung des Charakters, reizbares Wesen. Dann folgt nach einem Gemüthsaffect oder dergleichen der eigentliche Ausbruch. Während des einige Male beobachteten Fiebers hatte das Irresein den Charakter des Fieberdeliriums. Mairet unterscheidet nun weiter eine Manie choréique simple und eine Manie choréique hallucinatoire. Die einfache Form unterscheidet sich nicht sonderlich von der gewöhnlichen Manie, meist ist jedoch eine auffällige Reizbarkeit bemerkenswerth, Neigung zu gewalt-

thätigem Handeln, emphatische Redeweise und poetisches Schriftstellern, sowie choreatische Bewegungen in verschiedenen Körperregionen. Diese Erregung steigert sich zu häufigen Tobanfällen, in welchen die choreatischen Bewegungen intensiver auftreten, und in denen impulsive Handlungen und excessives Masturbiren hervorstechende Züge bilden. — Bei der hallucinatorischen Form dominiren die Sinnestäuschungen: meist sind es ängstliche Vorstellungen und Ideen der Verfolgung; die Erregung kann einen mässigeren Grad haben, als bei der einfachen choreatischen Manie. Die choreatische Manie kann Monate bis Jahre zu ihrem Verlauf gebrauchen. Die Prognose ist wesentlich ungünstiger als bei der jugendlichen Katatonie, schon weil der Heredität eine grössere Bedeutung zukommt.

VIERTES CAPITEL.

Das Irresein im Klimakterium.

Litteratur.

Matusch: Der Einfluss des Klimakteriums auf die Entstehung und Form der Geistesstörungen. Allg. Ztsch. f. Psych. 1889, Bd. 46, H. 4, p. 349—437. — Kisch: Das klimakterische Alter der Frauen. 1874. — v. Krafft-Ebing: Ueber Irresein im Klimakterium. Allg. Zeitschr. für Psych. 1877, Bd. 34, H. 1, p. 401—417. — idem: Psych. p. 166, 167. — L. Mayer: Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. Berlin 1870.

Einleitung.

§. 555.

Das Klimakterium ist ein bedeutungsvoller Abschnitt im geschlechtlichen und psychischen Leben des Weibes. Es ist die Zeit des Schwindens der körperlichen Reize, der erlöschenden physiologischen Functionen, der gerade Gegensatz der Pubertät, des Aufblühens jener Reize und des Erwachens der die physiologische Stellung des Weibes bedingenden Triebe. Das Klimakterium ist nicht einfach eine Ausserfunctionssetzung und schliesslich Atrophie der Geschlechtsorgane, sondern stellt einen „Mauserungsprocess des Gesammtorganismus“ dar. Jede somatische Umgestaltung führt nothwendig auch eine psychische mit sich. Das Weib ist zur Matrone, geschlechtlich indifferent geworden; jener ganze Empfindungsinhalt, welcher in der Zeit geschlechtlicher Existenz durch beständig wiederkehrende körperliche Vorgänge unterhalten, bewusst als geschlechtliche Leistungen und mehr oder weniger unbewusst als Drang oder Vorstellung sich bethätigt, existirt von nun an nur noch als Erinnerungsvorstellung. Der Ausfall jener, einen grossen Theil der ethischen Persönlichkeit ausmachenden Gefühle wird von

jedem Weibe als ein Defect empfunden. Diese Erkenntniss lässt bei Unverheiratheten das vergangene Leben mehr oder weniger als ein verfehltes erscheinen, wogegen die Hingabe an die Religion oder das Halten von Katzen und Canarienvögeln nur einen dürftigen Ersatz zu bieten vermag. Die Folgen dieses Erkenntniss-Processes sind Verstimmungen selbst- und weltschmerzlicher Natur, Befürchtungen schwerer, in der Entwicklung begriffener Krankheiten, wie z. B. Krebs.

I. Aetiologie.

§. 556.

Nach statistischen Berechnungen stellt das Klimakterium einen ziemlich grossen Procentsatz zur Entstehung von Psychosen. Bei Frauen fällt die höchste Erkrankungsziffer auf ein höheres Alter als bei Männern (40—60 zu 20—40), um so mehr, wenn die progressive Paralyse ausgeschlossen wird. Ferner ist die Häufigkeit des Selbstmordes in den klimakterischen Jahren von Schlager und Skay bereits betont; nach Guttstadt fällt die höchste Zahl bei Weibern in die Jahre 40—50, bei Männern dagegen in die Jahre 50—60. Ein gleiches Resultat ergiebt die bezügliche Statistik in Frankreich, Sachsen und Württemberg. Bei Frauen beträgt der Selbstmord aus Geistesstörung fast die Hälfte der Fälle, bei Männern ein Viertel. Die Trunksucht erreicht in England und Wales die grösste Höhe um das 51. Jahr. Maudsley rechnet die Trunksucht unter die wichtigsten klimakterischen Erscheinungen.

In 551 von Matusch beobachteten Krankheitsfällen liefern die Jahre des rüstigen Alters von 20—50 die höchsten Zahlen: 20—30 die höchste mit 140, 30—40: 114, 40—50: 106 Erkrankungen. Die Verschiebung der Werthe nach den jüngeren Jahren erklärt sich daraus, dass das Jahr der Erkrankung, nicht der Aufnahme in die Irrenanstalt, wie sonst, zu Grunde gelegt ist. Die Zahlen der in den klimakterischen Jahren Erkrankten dagegen scheinen von denen anderer Autoren auffallend abzuweichen. v. Krafft-Ebing fand unter 858 Frauen nur 60, in denen ein ätiologischer Zusammenhang mit dem Klimakterium bestand; unter diesen 60 waren 40, bei denen sich theils angeborene, theils erworbene, schon lange vor dem Eintritt des Klimakteriums bestandene Functionsstörungen im Centralnervensystem vorfanden. Matusch hat alle diejenigen Fälle unter die „mit Menopause Erkrankten“ gerechnet, deren Erkrankung mit dem Aufhören der Katamenien in zeitlichem oder in gewissem Grade auch symptomatischem Zusammenhange steht; ferner alle die, deren bestehende Erkrankung postklimakterisch ist, bei denen aber zur Zeit der Menopause acute Geistesstörung bestanden hat, end-

lich die, deren Geistesstörung zwar nach dem Klimakterium hervortrat, welche aber seit demselben an Anomalieen gelitten haben, als deren Abschluss die Psychose anzusehen ist.

Die nervösen Beschwerden sind in dieser kritischen Zeit bei Frauen so häufig (nach Kisch bei $^{9}/_{10}$ aller Frauen), dass dieser Autor bei jeder Frau, die nach dem Klimakterium psychisch erkrankt, einen symptomatischen Zusammenhang mit demselben annimmt. Jedenfalls kann man eine Psychose, deren Prodrome im Klimakterium ihren Anfang nehmen, mit demselben in ätiologischen Zusammenhang bringen.

Es ist unmöglich, das Jahr der Menopause, selbst bei den zuzuverlässigsten Angaben zu bestimmen, 1) weil Lebensweise, Klima, Nationalität den Eintritt der Menopause beeinflussen, 2) weil die Menses sehr allmählich versiegen, 3) weil viele Frauen nicht mehr wissen, wann die Menses cessirt haben, 4) weil bisweilen regelmässige Blutungen nach dem klimakterischen Alter bei constatirten Uterusaffectionen, besonders Neubildungen bestehen.

Die Untersuchungen über die Zeit des Eintritts der Menopause bei Gesunden ergeben nach Cohnheim als gewöhnliche Zeit das 43. bis 49. Jahr, im Ganzen schwankt sie vom 25.—59. Jahre. Kisch nimmt als die bei weitem gewöhnlichste Zeit das 46.—50. Jahr an; als die ihr am nächsten stehende 41—45, an dritter Stelle 50—55, an vierter 36 bis 40. Aehnliche Zahlen geben andere Autoren an; in einem Falle von L. Mayer bestand die Menstruation bei negativem Befunde noch im 53. Jahr. Mayer hat Abweichungen der Eintrittszeit der Menstruation — menstruatio retardata — bei Geisteskranken gegenüber Gesunden nicht gefunden. Auch die Eintrittszeit der ersten Menses zeigt bei Geisteskranken keine Abweichungen von Gesunden, ebenso weist die Art und Dauer des Klimakteriums bei Geisteskranken keine prägnanten Unterschiede von Gesunden auf. Unregelmässigkeiten der Menstruation unmittelbar vor dem Klimakterium sind bei Irren sicher häufiger als bei Gesunden, und bei plötzlicher Menopause besteht der Verdacht, dass die Cessatio keine rein klimakterische, sondern eine durch die Psychose modificirte ist.

Häufiger als bei gesunden Frauen scheinen Genitalerkrankungen zur Zeit des Klimakteriums und nach demselben bei psychisch Erkrankten zu sein; unter 179 mit dem Klimakterium Erkrankten fand Matusch 44 mal Lageveränderungen, Neubildungen, Metrorrhagieen. Da aber bei diesen Erscheinungen auch von den Gynäkologen der ererbten Disposition ein nicht geringer Antheil zugeschrieben wird, so haben sich diese wohl selten erst im späteren Lebensalter entwickelt. In einer Reihe von Fällen scheint Dysmenorrhöe im Klimakterium die Veranlassung zu Neurasthenie zu sein. Doch erweist sich die Sexualerkrankung als

Symptom, nicht als Ursache der Erkrankung, denn bei genauer Nachfrage stellt sich heraus, dass Unregelmässigkeiten der Menses bereits lange vorher bestanden haben.

Selten sind die Fälle, in denen die klimakterische Zeit ohne eine Reihe von sexuellen Beschwerden vorübergeht, unter denen besonders häufig Fluor albus, eingreifende Metrorrhagieen und schmerzhafte Menses sich finden.

Bei allen mit der sexuellen Sphäre in Verbindung zu bringenden Erkrankungen, ist die sociale Stellung der Frauen von Wichtigkeit. Die Unverheiratheten stellen ein grösseres Contingent als die Verheiratheten. Auffällig ist die grosse Krankenzahl bei den Verwittweten. Dass diese sich über $^1/_2$ mal so oft finden, ist nicht befremdlich, da es sich einerseits durchschnittlich um vorgeschrittene Lebensjahre handelt, andererseits, weil Wittwen zum Selbstmord und Irresein gleich den Ledigen ein grösseres Contingent stellen als die Verheiratheten.

Der Zusammenhang zwischen Genital- und psychischen Anomalieen ist kaum mehr streitig. Welche von beiden Anomalieen die primäre, ist fraglich; auffallend aber ist, dass bei den im Klimakterium Erkrankten Abnormitäten in den Functionen des Genitalapparates häufig mit der Pubertät beginnen; namentlich dass, wo der Verlauf des Klimakteriums ungewöhnlich ist, auch die Pubertät mit besonderen Beschwerden verbunden war. Am wenigsten scheint die Zeit der Pubertät auf die Zeit des Klimakteriums von Einfluss zu sein. Die Annahme, dass je früher die Pubertät eintrete, um so früher die Menopause und umgekehrt, ist nur in Bezug auf klimatische Einflüsse richtig (Matusch).

Es ist nach Kisch erwiesen, dass Frauen, bei denen die Entwicklungszeit mit vielfachen Beschwerden einherging, wo pathologische Veränderungen vorhanden waren, und wo keine Geburten stattgefunden haben, die klimakterische Periode unter weit mehr Gefahren und Beschwerden zu bestehen haben, als andere. Nach Busch kehren Lympherkrankungen, die in der Pubertät überstanden waren, zur Zeit der Menopause vielfach wieder. In beiden Perioden wurden Furunculose, Wiederkehr der Anämie, Akne rosacea, Urticaria von Tilt, Hebra, Boerner u. A. beobachtet. Dies Zusammentreffen ist als Aeusserung nervöser Störungen in beiden Phasen aufzufassen, die analoger Natur sind. Boerner beschreibt das Vorkommen acuten, umschlossenen Hautödems bei der ersten Menstruation und im Klimakterium. Brierre de Boismond beobachtete in vier Fällen, wo Delirium zur Pubertätszeit bestanden hatte, Recidiv im Klimakterium. Gewisse Psychosen etabliren sich mit Vorliebe während dieser beiden Phasen, die periodischen Psychosen, die Zwangsvorstellungen, gewisse Formen der

Paranoia, so der chronische, expansive Grössenwahn, ferner Hysterie und Neurasthenie. Tilt erwähnt das Auftreten von Schwindelanfällen zu beiden Zeiten. Den Schwindelanfällen zur Zeit des Klimakteriums entspricht die Vorliebe der Pubertäts-Zeit für die Manifestation der epileptischen Constitution, welche bei disponirten Individuen auch in der Involutionsperiode vorkommt. Aus diesen Beobachtungen folgt, dass beide kritischen Phasen die Prädilectionszeit für die hereditären, degenerativen Psychosen und Neurosen abgeben. Es handelt sich um eine Constitutionsanomalie, die sich einmal bereits in der Kindheit als Idiotie und Epilepsie äussert, ein anderes Mal um die Pubertät als Epilepsie, Neurasthenie oder Psychose mit Recidiven im späteren Alter, ein drittes Mal in der Involutionsperiode, wenn die Individuen bis dahin unter günstigen Verhältnissen gelebt haben.

Von 179 klimakterisch Erkrankten hatten nach Matusch 22 zur Zeit der Pubertät an Psychosen oder Neurosen gelitten = 12,9%; als Kind, zur Zeit der Pubertät und in jüngeren Jahren 36 = 20%; im Ganzen waren schon einmal vor und in dem rüstigen Alter erkrankt 55 = 30,8%. Wahrscheinlich sind diese Zahlen viel zu niedrig, da bei vielen Kranken die Anamnese nur sehr ungenau angegeben war.

§. 557.

Erbliche Belastung. Die Zahl der Nichtbelasteten, welche im Klimakterium psychisch erkrankten, verhielt sich zu der der Belasteten wie 64 : 97 = 1 : 1,51. Ueber die Hälfte hat ihre schlechte Organisation der Mutter zu verdanken. (Nach Westphal leiden 50% aller Geisteskranken an angeborenen oder ererbten Neuropathieen). Cf. Aetiologie, Erblichkeit §. 214.

Unter den Kranken, bei denen das Klimakterium in ätiologischer Hinsicht nicht in Betracht kommt, ist das Verhältniss der Nichtbelasteten zu den Belasteten = 1 : 1,72. Die Belasteten betragen von der Gesammtheit 58%. Es finden sich also bei den Nichtklimakterischen etwas mehr Belastete. Es erkranken demnach die meist belasteten Kranken in der Kinderzeit, in oder um die Pubertät und bleiben krank; die minder schwer Belasteten erkranken, werden gesund und erkranken um das Klimakterium von Neuem; die leichter Belasteten erkranken vor der Zeit des Klimakteriums; die mindest Belasteten erst im Klimakterium. Bei Kranken, die jenseits des Klimakteriums ohne ätiologischen Zusammenhang mit ihm erkranken, war das Verhältniss der unbelasteten zu den belasteten wie 1 : 0,85, der Procentsatz der Belasteten zur Gesammtzahl 41,4% (Matusch l. c. p. 372,373). Bei dieser letzten Kategorie ist die Belastung durch Geschwister allein unverhältnissmässig oft vertreten in 4,1%, bei der ersten Kategorie in

1,3 %. Nach Fürstner spielt die Heredität auch für die senilen Psychosen eine weniger bedeutungsvolle Rolle, als in den übrigen Lebensperioden.

Das hereditär degenerative Element in den klimakterischen Psychosen prägt sich durch die Beimischung hysterischer und epileptischer Züge im Krankheitsbilde aus. In der grossen Mehrzahl aller Fälle sind die hysterischen Symptome im Klimakterium Zeichen wahrer Neurasthenie im Sinne Arndt's. Die Hysterie des Klimakteriums ist Ausdruck einer mangelhaften Ernährung des Nervensystems, nicht ein Symptom des Klimakteriums, sondern ein Theil von Aeusserungen einer krankhaften Constitution. Nur in wenigen Fällen scheint diese krankhafte Constitution erworben zu sein.

Neurasthenie, die mit dem Klimakterium erst erscheint, ist nicht häufig. Dies entspricht der Erfahrung, dass das Auftreten von Hysterie, Hystero-Epilepsie und Neurasthenie im späteren Lebensalter abnimmt. Wo hysterische und neurasthenische Beschwerden mit dem Klimakterium verbunden sind, bilden sie die Fortsetzung, Steigerung oder Recidive früherer Affectionen, mag auch in einzelnen Fällen die neurasthenische Diathese wenig Erscheinungen vorher gemacht haben.

Zu den von Matusch angeführten Fällen, bei welchen sich die neuropathische Constitution bereits durch eine frühere Erkrankung manifestirte, gehören ferner solche Personen, die zwar keine eigentliche geistige Störung früher überstanden haben, aber von jeher oder zu einer gewissen Zeit als sonderbar galten. In 9 Fällen äusserte sich bei schwerer Belastung die constitutionelle Anomalie in psychischer Alienation von kürzerer oder längerer Dauer vor der klimakterischen Erkrankung; in zwei Fällen äusserte sie sich durch Delirium während körperlicher Erkrankung; in drei Fällen litten die Kranken seit vielen Jahren an Kopfschmerzen ohne hemikranischen Typus (l. c. p. 380).

Kyphoskoliose, in jungen Jahren erworben, fand sich in 4 Fällen, deren einer mit Mitralinsufficienz complicirt war. Gemeinsam ist allen diesen Fällen von Kyphoskoliose die verspätete Eintrittszeit der ersten Menses und die verfrühte der letzten (17., 18., 26. und 39., 40., 43. Jahr) (l. c. p. 382).

Die Wechselwirkung zwischen Herzfehler und Menstruation verdunkelt die Beziehungen zwischen Herzfehler und Klimakterium. Der Zusammenhang zwischen Herzfehler, Klimakterium und Geistesstörung wird dadurch äusserst complicirt, und das Auftreten nervöser Störungen im Klimakterium verliert jeden selbstständigen Charakter. Schliesst man die Fälle, in denen sich frühere Erkrankung, frühere Zeichen abnormer Constitution, chronische Sexualerkrankungen und Herzfehler vorfinden, aus, so bleiben nur wenige Fälle übrig, bei denen das Klimakterium allein als ätiologisches Moment in Betracht kommt.

II. Symptomatologie.

A. Somatische Störungen.

§. 558.

Die nervösen Symptome im Klimakterium, Hitze und Schweissausbruch (reflectorischen Ursprungs nach Boerner) sind nach Matusch (l. c. p. 388) Zeichen einer epileptischen Constitution. Es geht ihnen Herzklopfen, Beklemmungsgefühl, Vertauben einzelner Glieder voraus. Mit dem Eintritt des Schweisses ist ebenso wie bei den Epileptischen der Anfall beendet. Das Unbehagen der Frauen vor dem Anfalle ist völlig auraartig, und stets geht die Empfindung vom Herzen oder von der Brust aus, ein Symptom, das als höchst epilepsieverdächtig bei Erwachsenen zu bezeichnen ist.

Matusch hält Schwindelanfälle im Klimakterium für nicht so häufig wie Boerner; wo sie sich fanden, zeigte sich aber deutlich ihre epileptische Natur. Die epileptische Belastung war theilweise durch solche Anfälle in der Jugend oder durch Geisteskrankheit bei der Mutter oder Geschwistern nachweisbar. In 3 Fällen (von 27) erwies die Section als mögliche Ursache eine Hirnläsion (Hirntuberkel, zerstreute kleine Erweichungsheerde). Der epileptische Charakter der klimakterischen Schwindelanfälle scheint sich auch in der Epilepsie der Descendenten zu manifestiren.

Schwindelgefühl ist an und für sich und im Allgemeinen von keiner grossen Bedeutung. Tritt es aber mit solchen Begleiterscheinungen auf, wie das intensivere Schwindelgefühl bei einzelnen Frauen im Klimakterium, so ist es von pathognomonischem Werthe. Zwischen Schwindelgefühl und Schwindelanfall besteht klinisch ein ähnlicher Unterschied, wie zwischen nächtlichem Zusammenschrecken und nächtlicher Epilepsie. Schwindelgefühl ist neurasthenisch, Schwindelanfälle zeigen das Bestehen von Epilepsie an (ibid. p. 393).

Ohne Schwindelanfälle treten selten Congestionen mit sensiblen Begleiterscheinungen auf. Sie sind nicht so häufig als es nach Kisch, Boerner und Anderen der Fall sein soll. Kopfschmerzen, welche entweder durch die Art der Belastung, oder durch das Vorleben, oder durch die Combination der Anfälle mit Ohnmachten und Schwindelanfällen als epileptische stigmatisirt wurden, zeigten in 14 Fällen einen hemikranischen Typus. Der Kopfschmerz des Klimakteriums scheint nicht anämischen Ursprungs zu sein, weil er sich zu Menorrhagieen oder Metrorrhagieen oder den gewöhnlichen Menses selbst gesellt, weil er in deren Beginn oder Höhepunkt zu fallen pflegt, weil Amylnitrit oder Compression der Halsnerven ihn, wenn auch nur kurze Zeit, beseitigt, weil er als Stellvertreter oder Begleiter von Schwindel- oder epileptischen Anfällen auftreten kann, weil er bisweilen hemikranisch ist (ibid. p. 418).

Bei diesen im klimakterischen Alter etablirten Hemikranieen beobachtete man nicht selten Neuralgieen im Trigeminusgebiet, sowie eigenthümliche Hautaffectionen. Die klimakterische Hemikranie tritt gern typisch mit der Menstruation oder, wenn diese bereits cessirte, um die habituelle Zeit auf (Kisch, Matusch l. c. p. 394). Die Angiospasmen, aus welchen die Hemikranie erklärt wird, brauchen nicht immer halbseitig aufzutreten. Die innere Verwandtschaft der Hemikranie mit Congestionen und Schweissausbrüchen zeigt sich besonders darin, dass auch die Hitze und der Schweissausbruch halbseitig auftreten, oder wenigstens eine Seite mehr betreffen können.

Kopfschmerzen, Congestionen und Schwindelanfälle combiniren sich häufig mit Ohrgeräuschen (Kisch — v. Krafft-Ebing); in einzelnen Fällen ist Steigerung chronischer Ohrgeräusche, sogar nervöse Taubheit im Klimakterium beobachtet worden. Ohrenkrankheiten sind im mittleren Alter selten, entstehen meist erst im vorgerückten; die Menopause verschlimmert vorhandene Ohrenleiden (Menière, Matusch l. c. p. 395). Die schlechteste Prognose haben die Fälle, in denen im Klimakterium entstandene Schwerhörigkeit zu Hallucinationen Anlass giebt. — Die Herkunft der Ohrgeräusche in diesem Alter, wo organische Gehörleiden auszuschliessen sind, wird Circulationsstörungen und atheromatöser Gefässerkrankung zugeschrieben (Schüle, Matusch l. c. p. 412). Sie charakterisiren sich meist als Blutgeräusche.

Die präcordialen Sensationen von verschiedener Intensität, fast ständige Begleiter aller klimakterischen Beschwerden, stellen sich zum Theil als auraartige Vorläufer von Schwindel und Congestionen ein, in einzelnen Fällen aber treten sie mehr oder minder isolirt in die Erscheinung, nicht selten sind sie mit Kopfsensationen verbunden. Ebenso ist die Präcordialangst häufig von Herzfehlern bedingt. Hagen giebt den Procentsatz von Herzfehlern bei Geistes-Gesunden auf 5—17 $^0/_0$ an, Herzaffectionen überhaupt bestanden nach demselben bei etwa 25 $^0/_0$ Geistes-Gesunder, 27 $^0/_0$ Geistes-Kranker. Im Allgemeinen scheinen Herzfehler den Termin der Menopause in den meisten Fällen über das Ende des Geschlechtslebens hinauszurücken, in einigen aber ihn zu verfrühen (ibid. p. 396).

Als Ursache der Häufigkeit der Herzfehler bei Geisteskranken und in höherem Alter gelten die zahlreichen Hindernisse, welche der Circulation entgegenstehen, und die ihrerseits von Störungen im Gefässsystem, in den Organen und im Herzen selbst abhängen. Als Störung im Gefässsystem ist zuerst die Chlorose anzusehen, die angeborene Enge des Gefässrohrs, oder „das Missverhältniss zwischen Blutbahn und Blutkörper“ (Arndt). Chlorose ist sicher die Ursache der neurasthenischen Beschwerden bei der Pubertät der Mädchen; auch ist die so häufige

Verstärkung des zweiten Aortentones bei Geisteskranken und nervösen Menschen sicher auf die chlorotische Constitution zu beziehen. Mit der Chlorose und den Herzfehlern ist eine grosse Disposition zu Atherose verbunden, welche aber nicht in allen Fällen Hypertrophie des linken Ventrikels oder Klappenfehler bedingt. Nur bei zwei im Klimakterium Erkrankten fand Matusch keine Atherose; in einem dieser Fälle trat die Psychose als Inanitionserkrankung infolge von ulcerirendem Carcinom auf, im anderen Falle war die Psychose Folge von heftigem Schreck. In den meisten Fällen hat sich im klimakterischen Alter der atheromatöse Process bereits etablirt und vor Eintritt der Menopause schon längere Zeit bestanden.

Ein Merkmal für Atherose ist nach Mendel, Grashey und Anderen der tarde Puls. Solche Pulsform constatirte Matusch bei fast allen klimakterischen Psychosen; doch lassen sich wegen der vielen Fehlerquellen des Marey'schen Sphygmographen daraus allein noch keine Schlüsse ziehen. Der Atherose wird ein noch nachtheiligerer Einfluss auf Hirnerkrankungen zugeschrieben, als den Herzfehlern allein.

Die grössere Reizbarkeit des vasomotorischen Systems der Frauen prägt sich auch darin aus, dass es auf peripherische Reize oder Gemüthsbewegungen in weit stärkerem Maasse als bei Männern durch Neigung zu Ohnmachtsanfällen, durch Erröthen, Erblassen und dergleichen reagirt. Der Mann, der in gleicher Weise erröthet und erblasst wie das Weib, gehört unter die neurasthenischen Constitutionen.

Die Empfindung des Brennens in der Haut bei Frauen des klimakterischen Alters verursacht häufig ängstliche Vorstellungen und Wahnideen, sogar häufiger als das Gefühl der Kälte, des Abgestorbenseins, welches bei der Dysthymie in anderem Alter vorherrscht. Die Ursache dieser abnormen Sensation fand Matusch in der congestionirten Haut mit zahlreichen, kleinen Varicositäten und Neigung zu entzündlichen nervösen Hautaffectionen, Urticaria, Furunculosis, Pruritus, Herpes etc. Dagegen bestand seltener kühle, cyanotische Haut mit Neigung zu torpiden Geschwüren, Oedem und Ekzem. Die Erscheinung des Hautbrennens muss offenbar mit den Hitzegefühlen, den Congestionszuständen in Verbindung gebracht werden, die im Klimakterium auch der gesunden Frauen eine Rolle spielen sollen. Am meisten zeigt sich dieses Symptom bei den mit stürmischen Symptomen einsetzenden und einhergehenden Depressionszuständen und im melancholischen Stadium cyklischer Geistesstörung, aber auch bei chronischen, paranoischen Formen, wenn auch seltener und weniger leidenschaftlich (l. c. p. 406, 407).

Das Klimakterium zeigt eine besondere Vorliebe für sexuelle Erkrankungen und Störungen, welche entsprechende Parästhesieen erzeugen.

Als solche sind Pruritus und seine Folgen, die Neigung zu Blutungen, zu Neubildungen und zu Fluor albus anzusehen; die Blutungen, weil sie Grund hypochondrischer Sorgen werden können, der Pruritus, weil er Masturbation hervorrufen kann, der Fluor albus, weil er oft zu Erosionen, Furunkeln und Drüsenerkrankungen im Genitalapparat führt und dadurch geisteskranken Frauen den Verdacht, syphilitisch inficirt zu sein, beibringt (ibid. p. 409).

Verdauungs-Störungen sind eine gewöhnliche Klage während des Klimakteriums. Die etwaigen früheren Beschwerden steigern sich in dieser kritischen Zeit, und die Menopause giebt eine entschiedene Disposition zu Ulcus rotundum und Magenblutungen (Kisch, Busch, Boerner). Matusch (l. c. p. 412) beobachtete folgenden Symptomencomplex: öfteres Erbrechen, Foetor ex ore, Zungenbelag, Schmerzhaftigkeit des Magens, Appetitmangel, Neigung zu Diarrhöen und Verstopfung. Diesen Störungen ist die kachektische Gesichtsfarbe, die bei chronisch Paranoischen nicht selten ist, zuzuschreiben. Solche meist nervösen Dyspepsieen geben häufig die Ursache (nicht etwa die Folge) von Alkoholmissbrauch im Klimakterium ab.

Störungen der Sinnesorgane. Geruchstäuschungen, oft eng verbunden mit Geschmacksillusionen, sind von Matusch nur in vereinzelten Fällen gefunden. Die Geruchshallucinationen, welche v. Krafft-Ebing im Klimakterium häufig beobachtete, sind nur episodischen Charakters und documentiren sich in unangenehmem, stinkendem Geruch.

Steigern sich die krankhaften Störungen und besonders die paralgischen Sensationen, so kann es zu vollständigen Delirien kommen, welche durch ihren Inhalt charakteristisch gefärbt sind. Nach v. Krafft-Ebing (Ztsch. p. 414) sind pathognomonisch wichtig: 1) Der Wahn sexueller Beeinträchtigung und ehelicher Untreue, Wahn unzüchtiger Angriffe und Nachstellungen bis zu Coitus-Hallucinationen, Stimmen, welche die Geschlechtsehre beschimpfen. 2) Der Wahn, physikalisch feindlich beeinflusst zu werden; je nach der Bildungsstufe äussert sich derselbe in imaginärer Beeinflussung mittelst Elektricität, Sympathie, Wahn mit giftigen Dünsten angeblasen zu werden. Man beobachtet diese Symptome nur bei sexuellen Functionsstörungen, und zwar bei Masturbanten und Uterinkranken. Die paralgischen Sensationen sind die Folge formaler Ueberreizung der sensiblen Apparate des Rückenmarkes durch Onanie und krankhafte Reizzustände in den Genitalien. Die Häufigkeit der Geruchshallucinationen und des physikalischen Verfolgungswahns ist gerade im Klimakterium begreiflich.

B. Psychische Störungen.

§. 559.

In den intestinalen Sensationen wurzeln vielfach die erotischen Aeusserungen der Frauen, welche häufig mit frömmelnder Gemüthsrichtung zusammenhängen. Kisch hält den Zug zu religiöser Schwärmerei für charakteristisch im Klimakterium. Die erotischen Neigungen in den klimakterischen Psychosen sind weniger positiv, sie sind nicht von den aus „sexuellen Parästhesieen“ (v. Krafft-Ebing) stammenden Vorstellungen zu trennen. Für solche Parästhesieen giebt die Disposition des klimakterischen Alters einen fruchtbaren Boden her.

Geisteskrankheit ist sehr häufig auf gestörte Circulation und Erkrankung des Gefässsystems zurückzuführen, und Meynert betrachtet die depressiven Formen des Irreseins als centrale Erschöpfungszustände. Die Frauen sind diesen Ernährungsstörungen leichter ausgesetzt als die Männer, sie sind ihnen zur Zeit des Klimakteriums in höherem Maasse ausgesetzt, sodass unter den Psychosen dieses Alters die depressiven Formen in dem Grade überwiegen, dass andere selten sind.

Beruht Depression auf Ernährungsstörung durch mangelhafte Blutcirculation, so muss den klimakterischen Psychosen in erster Liuie Hirnanämie zu Gruude liegen, und sie müsseu, nach ihrem progressiven Verlauf zu urtheilen, einen stabilen Charakter tragen, den dauernd die Gehirnernährung beeinflusst. Es muss aber zugleich eine Neigung zu acuter und vorübergehend Steigerung der Anämie bestehen, die sich durch die Neigung zu Kopfschmerz, Hemikranie, Schwindel und epileptischeu Anfällen kundgiebt.

Am nächsten würde es liegen, die supponirte Anämie als Folge von klimakterischen Blutungen zu deuten. Aber 1) sind erschöpfende Blutungen nicht so häufig, um in ihnen eine allgemein gültige Ursache aufsuchen zu dürfen, 2) sind die Psychoseu aus acuten oder lange dauernden Blutverlusten nicht identisch mit den im Klimakterium gewöhnlichen, 3) bestehen meist pathologische Züge, besonders neurasthenische Symptome schon vorher, zu denen die Blutungen nur als Complicationen kommen, 4) besteht die cerebrale Anämie zuerst. Als ihr Ausdruck ist die sich laugsam vertiefende Depression des Gemüths aufzufassen, als ihre Folge die Tendenz zur Chronicität, zur Verminderung der intellectuellen Kräfte, zu terminalem Blödsinn uud zur Paralyse. Dieses Alter giebt für maniakalische Exaltationszustände keinen Boden her.

Die Vorliebe des Klimakteriums für die aus acuter Verminderung der Blutzufuhr zum Gehirn resultirenden Symptome kann in zweierlei Ursachen liegen: entweder ist es für Schwankungen, die das normale Gehirn verträgt, empfindlicher geworden, es liegt seine Reizschwelle abnorm tief, oder die Schwankungen sind abnorm gross, es sind ihre Schwellenwerthe höher geworden. Das Letztere ist für gewöhnlich auszuschliessen. Vielmehr führt eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit im Klimakterium ebenso wie in der Pubertät zur Erkrankung. Dieselbe beruht in gewisser Beziehung im Alter. Es altert der Theil des Organismus, der am schwächsten veranlagt ist; dies ist aber bei den Frauen, welche im Klimakterium erkranken, das vasomotorische System. Als

Folge der Insufficienz desselben tritt in den zu versorgenden Theilen Ernährungsstörung, frühzeitiger Verbrauch des Gefässrohrs, Atherose und Herzfehler ein. Infolge der Atherose kann es zu Apoplexieen kommen. Die Atherose wirkt einmal durch continuirliche Beschränkung der Circulation und zweitens durch verminderte Beweglichkeit des mehr oder minder starren Rohres. Auf die erste Wirkung müssen sich die chronischen Symptome (Depression, Abnahme der Intelligenz) beziehen, auf die zweite die episodischen (Schwindel). Parallel damit geht das aus der Atherose herrührende Ohrensausen; einerseits das perpetuirliche, andererseits das passagere (l. c. p. 421—424).

Für die Wirkung der Menstruation auf die Psyche bedarf es offenbar nicht der eigentlichen Blutung. Maassgebend ist nicht die Blutung, sondern die Congestion zu den Genitalien, die der Menstrualblutung jedenfalls vorangeht. Sicher kann die Ovulation im Klimakterium die Blutung mehr oder minder überdauern, wie aus Fällen von Schwangerschaft jenseits der Menopause hervorgeht. In diesem Falle muss sich menstruale Periodicität auch nach der Menopause geltend machen können. Sie tritt schon in den regelmässigen postklimakterischen Blutungen bei Uterusneubildungen in Erscheinung. In den cyklischen Formen sah Matusch durch die letzten Blutungen einige Male die melancholische Phase eingeleitet (ibid. p. 426, 427).

Die menstruale Congestion auf die Genitalien bewirkt vermuthlich die cerebralen Reizerscheinungen nicht sowohl durch Aenderung der Blutvertheilung, als durch Reflex. Auf diese Reizung der vasomotorischen Centren, welche bei Veranlagten schwerere Symptome hervorruft, ist zur Zeit der Menstruation bei epileptischen Frauen die Disposition zu Krämpfen und bei neurasthenischen zu Migräne und hysterischen Zuständen zurückzuführen. Dass jene Beschwerden sich bei herannahender Menopause steigern, oder sich erst dann einstellen, ist in der grösseren Reizbarkeit begründet, welche durch die beginnende Senescenz des vasomotorischen Systems verursacht ist. So kommt es, dass die letzten Menses die beschwerlichsten werden können, dass sich Hysterie und Migräne, Psychosen und Neurosen zum Klimakterium gesellen und es überdauern. Die Tendenz des Klimakteriums zu cyklischen (periodischen) Psychosen entzieht sich allen Erklärungsversuchen (ibid. p. 427—429).

C. Zusammenfassung.

§. 560.

Der Symptomencomplex der klimakterischen Psychosen rechtfertigt nicht die Aufstellung eines eigenen Krankheitsbildes. Das Klimakterium ist Ursache zu Psychosen, nicht zu einer bestimmten Psychose.

Es giebt kein klimakterisches Irresein als Krankheitsform, sondern das Klimakterium bildet nur eine bald prädisponirende, bald accidentelle Ursache, wobei gewisse pathogenetische Momente, sowie gewisse zum Bewusstsein gelangende Empfindungen oder unbewusst wirkende Erregungsvorgänge dem Krankheitsverlauf Züge verleihen können, die einen Wahrscheinlichkeitsschluss auf die klimakterischen Ursachen gestatten. Das Klimakterium wirkt bei bestehender Disposition als auslösendes Moment für die Entstehung von Psychosen und als verschlimmerndes bei bestehenden. Es steigert die Disposition zu Apoplexieen und die Morbidität und Mortalität unter den Geisteskranken in merklichem Grade, was aus den Statistiken der Irrenhäuser hervorgeht (Matusch l. c. p. 429—437).

Die klimakterischen Psychosen sind keineswegs schlechthin zu den senilen zu rechnen. Es giebt kein Symptom, das nicht auch den senilen eigen sein kann, aber auch keins, das sich nicht bei Psychosen auffindet, die weit vor das Klimakterium fallen (ibid. p. 430).

Die Krankheitsbilder der klimakterischen Psychosen haben gemeinsam als charakteristische Kennzeichen klinisch: die Neigung zu depressiven Formen, zu hysterischen und epileptischen Symptomen und zur Chronicität, anatomisch: die Ernährungsstörung infolge von Anämie (ibid. p. 431).

III. Verlauf und Prognose.

§. 561.

Je nach der Stärke der Causa morbi und nach individueller Prädisposition ändert sich Verlauf und Ausgang der Psychosen im Klimakterium. Die acuten Fälle, bei denen sich am wenigsten Periodicität und vasomotorische Störungen erkennen lassen, verlaufen am günstigsten, es kommt zur Heilung oder zum Stillstand der Erscheinungen; in ungünstigen Fällen kommt es zu Blödsinn, Epilepsie und selbst zu Paralyse.

FÜNFTES CAPITEL.

Die Geistesstörungen im Greisenalter.

Litteratur.

Fürstner: Ueber die Geistesstörungen des Senium. Archiv f. Psych. Bd. 20, H. 2, p. 458—472. — Crocq: Senile Epilepsie (Franz. Verein für die Fortschr. der Wissensch. Aug. 1889). Deutsche Medicinal-Zeitung 1889, Nr. 81 (ref. Centralbl. für Nervenheilk. etc. 1889, Nr. 22). — v. Krafft-Ebing: Dementia senilis (Altersblödsinn). Psych. p. 689—695. — Salgó: Der senile Blödsinn. Comp. p. 314—318. — Schüle: Irresein des Seniums. Handbuch d. Geisteskr. 2. Aufl. p. 216—219. — Arndt: Paranoia senilis. Psych. p. 561.

I. Einleitung und Aetiologie.

§. 562.

Wenn Fürstner in seinem Aufsatz über die Geistesstörungen des Seniums glaubt, eine besondere Gruppe von Psychosen mit der Benennung „senile beschreiben zu dürfen, und zwar dadurch gerechtfertigt, dass im höheren Lebensalter das Seelenleben oft genug noch innerhalb der psychologischen Breite liegende Veränderungen erleidet, welche auf die Symptomatologie und den Verlauf etwa in dieser Periode auftretender Psychosen modificirend wirken, dass andererseits bestimmte ätiologische Factoren sich geltend machen, dass endlich die pathologische Beschaffenheit des Gehirns die Genese eigenartiger Psychosen begünstigt," so möchte ich diesen Standpunkt nicht ebenso voll und ganz vertreten. Ebenso wenig wie bei dem werdenden Geistesleben die Psychopathieen sich in ihrer Aetiologie, Pathogenese, Symptomatologie, Verlauf etc. anders charakterisiren, ebenso wenig, glaube ich, ist man berechtigt, bei dem erlöschenden Geistesleben von einer Typicität oder bestimmten charakterologischen Form der Geisteskrankheiten zu sprechen.

Die im Kindesalter auftretenden Geistesstörungen documentiren sich in denselben Formen, aber mit undeutlicheren Conturen, als bei den erwachsenen Individuen. Je weiter wir in das Kindesalter zurückgreifen, um so rudimentärer, um so unausgebildeter, mit einem Worte, um so kindlicher werden die krankhaften Seelenäusserungen der in ihrem Geistesleben noch nicht voll entwickelten Individuen sich zeigen. Es wird eine Dysthymie, eine Hyperthymie und eine Paranoia bei Weitem nicht die Reichhaltigkeit der klinischen Symptome zeigen, wie beim erwachsenen Menschen. Den Beweis dafür bietet die Paranoia, die sich eben im Kindesalter erst vorbereitet, um später den von ihr befallenen Menschen aus der realen Welt in die der Träume und Ahnungen hinüberzuführen. Dasselbe gilt vice versa für die Psychosen des Seniums. Hier ist es das verbrauchte, das absterbende geistige Leben, welches in krankhafte Processe verwickelt ist. Die Dysthymie wird nicht die schweren Zeichen des Selbstanklagedelirs, wird nicht die zu Tode peinigenden Vorwürfe der eigenen Werthlosigkeit, wird nicht die eingebildete Auffassung von dem durch den Kranken veranlassten Ruin der ganzen Familie enthalten, es wird auch viel seltener die heftige Beklommenheit und Angst zu einem Selbstmord treiben, es ist Alles viel schwächer, viel kraftloser, viel oberflächlicher.

Wenn wir die ätiologischen Momente in's Auge fassen, welche eventuell im Senium eine Psychose hervorrufen können, so sehen wir, dass diejenigen Factoren im Allgemeinen fortfallen, welche sonst zur

Entstehung einer Geisteskrankheit in Betracht gezogen werden. Es ist dies auch natürlich, denn ältere Menschen sind aus den Zeiten heraus, in denen der Kampf ums Dasein die ganze körperliche und geistige Kraft eines in seiner vollen Entwicklung stehenden Geistes und Körpers erfordert; sie haben die schweren Stunden hinter sich, in denen die Stürme des Lebens die Thätigkeit eines rüstigen Gehirns zu erschüttern drohen; alle Strebungen, alle tieferen Gefühle haben in ihrer Intensität abgenommen, und ein ruhiges, gleichmässiges Leben ist an ihre Stelle getreten. Daher wird eine Störung in dem gleichmässigen Ablauf der Stunden und Tage auch am unangenehmsten empfunden. Dieses ätiologische Moment ist vielleicht für die Entstehungsursache einer Psychose des Seniums charakteristisch. In gleicher Weise kann die „Aufgabe langgewohnter, körperlicher und geistiger Thätigkeit, die Entfernung aus vertrauten, lieb gewordenen Verhältnissen als weiterer ätiologischer Factor“ ein seinem Ende sich näherndes Gehirn erregen und tiefer alteriren. Der grösste seelische Schmerz, bedeutende psychische Insulte bringen alte Menschen nicht so sehr aus der Fassung, wie die geringste Aenderung in ihren Gewohnheiten.

Fürstner unterscheidet unter den Geistesstörungen des Seniums 1) einfache functionelle Psychosen, durch mehr oder weniger senile Züge modificirt, 2) dieselben Factoren, gepaart mit intellectuellen Defectzuständen, 3) Psychosen mit somatischen, besonders cerebralen Symptomen combinirt.

II. Die Formen der senilen Psychosen.

A. Im Allgemeinen.

§. 563.

Als ein besonderes Charakteristicum für die senile Dysthymie im Initialstadium und auf der Höhe der Krankheit führt Fürstner die Neigung zu Remissionen, selbst zu scheinbar reinen Intervallen an. Während es Zeiten giebt, in denen der Kranke gegen Alles, was ihn umgiebt, gleichgültig ist, die Sorge seiner nächsten Anverwandten um ihn gar nicht beachtet, ja sogar ihre Bemühungen mitunter in hässlicher Weise abwehrt, erscheint er zu anderen Stunden und Tagen „zugänglicher, mittheilsamer, ja vorübergehend heiterer.“ Dieses scheinbar freie Intervall verleitet oft, wie Fürstner bemerkt, die Umgebung zur Sorglosigkeit.

Die Dysthymie der Greise hat im Uebrigen eine hypochondrische Färbung, hervorgerufen durch die Störungen im Organismus, welche die physiologische Involution mit sich bringt. Fürstner betont als ein weiteres, wichtiges Symptom eine eigenthümliche Störung in der

psychomotorischen Sphäre, die Neigung zu impulsiven Acten. Ganz plötzlich und unvermuthet geschehen Gewaltacte, wie sie nur bei psychisch minderwerthigen Individuen zur Beobachtung kommen.

In den Erregungszuständen der senilen Dysthymie treten nicht wie beim kräftigen Menschen die Angstparoxysmen etc. so ernst und bedeutungsvoll in die Erscheinung, sondern Alles, was geschieht, ist zwecklos und sinnlos; unmotivirte Vielgeschäftigkeit, „ständige Ruhelosigkeit bei Tag und bei Nacht, sinnloser Widerstand gegen alle wohlgemeinten, zweckmässigen Einwirkungen von anderer Seite pflegen die milderen Aeusserungen des krankhaften Bewegungsdranges zu sein. während derselbe bei höherem Grade der Erkrankung in Malträtirungen und Verletzungen des eigenen Körpers, in rücksichtslosem Zerstören alles erreichbaren Materials sich Luft macht.“

Diejenige geistige Alteration, welche Fürstner als Manie bezeichnet, ist nach meinem Dafürhalten kein Symptomencomplex, der identisch ist mit denjenigen Zuständen, welche wir als hyperthymische oder maniakalische Gemüthsalterationen kennen gelernt haben. Die rein impulsive, triebartige Handlungsweise, die unmotivirten Raptus, das schamlose und den niedrigsten geschlechtlichen Impulsen folgende Treiben geben dem ganzen Gebahren den Ausdruck des Blödsinnig-Triebartigen. Wenn der Mensch die hemmenden Vorstellungen noch nicht erhalten oder schon verloren hat, da werden sich immer jene Zustände etabliren, welche dem kindlichen oder dem Greisenalter eigenthümlich sind, nämlich die des unüberlegten, unmotivirten, den jedesmaligen inneren Erregungen unvermittelt folgenden Handelns.

Fürstner beschreibt als die Folge atheromatöser Processe und hervorgerufen durch ein äusserst anstrengendes, an Arbeit, Aufregungen. aber auch an mancherlei Excessen reiches Leben ein Krankheitsbild. welches man auf der einen Seite vielleicht als abortive Katatonie, auf der anderen Seite als Reflex- oder Consensualpsychose bezeichnen kann. (Es fehlt mir selbst die genügende Erfahrung, um diese Frage nach den Normen meiner Ansichten definitiv entscheiden zu können.) Einmal ist es vor Allem der Effect der Hallucinationen und diese selbst. welche dem Krankheitsbilde ein charakteristisches Gepräge geben: wir sehen diese hallucinatorischen Zustände alle im Gefolge der von Kahlbaum leider nur skizzirten Dysphrenieen auftreten. Andererseits theilt Fürstner mit, dass die von ihm beobachteten Kranken eigenthümliche motorische Acte ausübten: „der Kranke wälzt sich umher. nimmt barocke Stellungen ein, hämmert mit dem Kopf oder der Hand sinnlos gegen die Wand etc.“ Es scheinen dieses Handlungen zu sein. welche auf cerebrale Reizerscheinungen zurückzuführen und mit den automatischen Bewegungen der Katatoniker verwandt sind. Die von

demselben Autor beobachteten Ohnmachten, welche er selbst auf schnell vorübergehende Circulationsstörungen bezieht, haben einige Aehnlichkeit mit den in der Katatonie beobachteten Alterationen des Vasomotorius. Unter welches Krankheitsbild die eben besprochenen Zustände einzureihen sind, überlasse ich der Erfahrung des bewährten Forschers.

B. Specielle Formen.

I. Senile Epilepsie.

§. 564.

Crocq fand, dass die epileptischen Anfälle, die nicht durch Heredität entstanden sind, im Allgemeinen gegen das 70. Lebensjahr auftreten. Der Greis ist plötzlich unbeweglich, er erbleicht, sein Blick ist starr, dann kommen klonische, saccadirte Convulsionen, die meistens im Gesicht entstehen und dort entweder verbleiben, oder über andere Parthieen des Körpers, meistens einseitig, sich verbreiten. Nach einigen Minuten kommt der mehr oder weniger betäubte Kranke zu sich. Diese Anfälle können sich wiederholen. Die Ursache ist nach Crocq nicht, wie man bisher geglaubt hat, eine cerebrale Congestion, sondern eine chronische Endarteriitis des Truncus basilaris, die eine unregelmässige Vertheilung des Blutes in dem Gehirn verursacht und oft mit einer Hämorrhagie oder einer Erweichung im Gehirn endet. Diese chronische Endarteriitis rührt von dem Alter her, manchmal von organischen Affectionen des Herzens und der grösseren Gefässe, oder von alkoholischen Excessen.

2. Dementia senilis.

§. 565.

a) Symptomatologie.

Den Grundzug des Krankheitsbildes der Dementia senilis bildet eine fortschreitende Verblödung. Zuerst fällt in der Regel eine gewisse Vergesslichkeit an dem Kranken auf, besonders das Gedächtniss für die jüngste Vergangenheit zeigt erhebliche Lücken. „Es treten tiefe Bewusstseinsstörungen in Bezug auf Zeit und Raum auf, die Kranken gehen irre, finden sich auf der Strasse, im eigenen Hause nicht mehr zurecht, verlegen ihre eigenen Sachen und meinen dann, sie seien ihnen gestohlen, vergreifen sich an fremdem Eigenthum etc.“ Diese Störungen beruhen auf der Unfähigkeit des Greises, neue Eindrücke in sich aufzunehmen und zu verarbeiten. Diese Lücken können, wie bei der Paralyse, durch Phantasiebilder ausgefüllt werden, welche der Kranke vorübergehend oder dauernd für wirkliche Erlebnisse hält. Die Intelligenz und die Fähigkeit zu geistiger Arbeit schwindet. Die Kritik ver-

sagt gegenüber den nicht selten auftretenden kindischen Wahnideen. Der Inhalt derselben ist bald expansiver, bald depressiver Natur; unter letzteren sind hypochondrische Ideen ganz besonders häufig. Zeitweise werden die Kranken völlig verwirrt, schwatzen zusammenhangslos alles Mögliche durch einander. Auch im Gemüthsleben macht sich eine gewisse Verödung geltend. Besonders auffällig ist der Nachlass der ethischen Gefühle, was bei gleichzeitiger abnormer Steigerung des Geschlechtstriebes oft zu groben Verstössen gegen die Sittlichkeit führt (Unzucht mit Kindern). Der Kranke wird theilnamlos gegenüber dem Wohl und Wehe seiner Angehörigen. Dafür dominirt häufig das Interesse am eigenen Ich. Unduldsam und verständnisslos fremden Wünschen und Anschauungen gegenüber, wird er selbst durch jeden Widerspruch leicht gereizt und beleidigt. Doch sind die Affecte flüchtig und energielos. Eine auffallende Unruhe und Geschäftigkeit ist oft hiermit verbunden. Die Kranken begehen Excesse, machen unsinnige Einkäufe und Pläne und gerathen durch ihr Treiben in mannigfache Conflicte. Nachts finden sie keine Ruhe, verursachen allerlei Störungen und Gefahren, während sie am Tage müde und schläfrig sind. Ausser der Alteration des Schlafes findet ein beträchtlicher Rückgang des allgemeinen Kräftezustandes statt, gewöhnlich auch eine Abnahme des Appetits. Auf Veränderungen in der Hirnernährung deuten Schwindel- und epileptoide Anfälle mit aphasischen Störungen, Hemiparesen des Gesichts, der Zunge und der Extremitäten. Die Gefahr wirklicher Apoplexie und Hemiplegie liegt sehr nahe.

Was den weiteren Verlauf des Altersblödsinns anbetrifft, so weichen die Perioden lebhafterer Affecte und grösserer Verwirrtheit nach kürzerer oder längerer Zeit solchen relativer Ruhe und Klarheit. Das Grundleiden macht dabei jedoch regelmässige Fortschritte, besonders rasch natürlich bei Blutungen und Embolieen. Es treten ferner paraleptische Zustände ein. Die Stimmung wechselt leicht; auf kindisches Lachen und Heiterkeit folgt schmerzliche, oft hypochondrische Depression bis zu Lebensüberdruss. Die Kranken dämmern Nachts herum, kramen zwecklos in ihren Effecten, zerbrechen in täppischer Weise Alles. Als Ursache für das nächtliche Herumschweifen zeigen sich Angstgefühle, abrupte Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. In den höchsten Graden bleiben von dem Vorstellungsschatze des Patienten nur stereotype und oft ganz sinnlose Wendungen übrig, die mit freundlich-stupidem Lächeln unzählige Male wiederholt werden (cf. katatonische Stereotypieen §. 357). Die Kranken werden unfähig zu den einfachsten Verrichtungen, bleiben aber meist lenksam und gutmüthig heiter. Hier und da zeigt sich als Rest früherer Erregung wohl die Neigung zum Zerstören und Schmieren.

Die Dauer der Krankheit kann mehrere Jahre betragen, es kommen jedoch auch Fälle von acuter, nur Monate langer Dauer vor. Der Tod erfolgt dann durch Hirn-Complicationen, Pneumonie, Blasenaffection, Decubitus, koliquative Diarrhöen.

Nimmt die Dementia senilis katatonischen Charakter an, so können die Patienten ein sehr hohes Alter erreichen; ich kenne Greise, die seit mehr als 20 Jahren fast nur noch katatonische Erscheinungen darbieten.

b) Die Differential-Diagnose

zwischen der senilen und der paralytischen Demenz ist mitunter nicht ganz leicht. Man beachte dabei Folgendes: Senile Demenz mit Lähmungen unterscheidet sich von der Paralyse: 1) durch das Alter, in der die Krankheit begann; letztere ist nach dem 50. Lebensjahre recht selten und kommt nach dem 60. so gut wie nie vor. 2) Durch das Fehlen der floriden Erscheinungen des exorbitanten Grössenwahns. 3) Die Lähmungen sind beschränkt und abgegrenzt, da die Hirnläsionen weniger diffus und bestimmter zu localisiren sind, als bei der Paralyse.

Eine progressive Paralyse ganz ohne Rückenmarksbetheiligung kommt kaum vor. Das Fehlen von Tangentialfasern im Gehirn kommt gelegentlich auch bei Altersdemenz vor.

c) Therapie.

Die Behandlung der senilen Zustände hat die Aufgabe, Complicationen und Verstimmungen hintanzuhalten und durch gute Ernährung dem Kräfteverfall vorzubeugen; bei höheren Graden der Demenz ist stete Beaufsichtigung, und zwar unbedingt in einer geschlossenen Anstalt erforderlich. Daneben sind protrahirte, laue Bäder, grössere Quantitäten Bier, geringere Mengen starken Weins zu empfehlen. Bei hartnäckiger Schlaflosigkeit giebt man Chloralhydrat 2 g und Morph. 0,02 g.

Geht die Demenz in attonische Zustandsformen über, so ist sorgfältigste Reinhaltung der Kranken, Aufenthalt in frischer Luft, mässige Bewegung im Freien geboten. Gefahr droht von Tuberculose. Gegen Oedeme und Circulationsstörungen verordnet man Bettlage, häufige laue Bäder, mässig kalte Abreibungen.



Viertes Buch.

Die Heilbarkeit und Heilung der psychischen Krankheiten.

ERSTER ABSCHNITT.
Verlauf, Ausgang und Prognose der Psychosen.

ERSTES CAPITEL.
Verlauf des Irreseins.

A. In den einzelnen Formen.

§. 566.

Wenn wir vor unseren Augen all die verschiedenen Irreseinsformen vorübergehen lassen, so werden wir bemerken, dass, so verschieden wie sie selbst von einander in ihrer Typicität sind, so mannigfaltig auch ihr Inscenetreten ist.

Während sich eine Dysthymie gewöhnlich lange vorbereitet und allmählich immer höhere Grade annimmt, sodass sie ihren Träger anfänglich als einen leicht verstimmten, deprimirten Menschen erscheinen lässt, später ihn aber als ein in seinen psychomotorischen Vorgängen vollständig gehemmtes Individuum darstellt, tritt eine Hyperthymie in den meisten Fällen plötzlich in die Erscheinung. Mit einem Schlage ist aus dem ruhigen Menschen ein aufgeregtes Individuum geworden, das für den Ablauf seiner thymischen und noëtischen Vorgänge keine Hemmung kennt und den auf ihn einstürmenden Gefühlen sich widerstandslos hingiebt.

Wie ganz anders entwickelt sich diesen beiden Seelenstörungen gegenüber die primär veranlagte, originäre Paranoia (Sander). Hier handelt es sich nicht um Störungen der Gefühlssphäre, nicht um eine Hemmung oder Erleichterung der seelischen Vorgänge, sondern um eine ganz allmählich sich entwickelnde Störung der Verstandesfunctionen nach der inhaltlichen Seite hin. Das für die Paranoia disponirte Individuum kommt nach

und nach, von einer falschen Prämisse ausgehend zu seinem Wahnsystem. Nicht plötzlich tritt das Wahngebäude in seiner ganzen, vollendeten Systematisirung vor den Kranken hin, sondern allmählich, im Laufe von Jahren ziehen sich um den Paranoiker immer dichter die Fäden zusammen, welche schliesslich nicht mehr das Licht des gesunden Verstandes auf das umnachtete Vorstellungsleben eindringen lassen.

Demgegenüber sehen wir wieder bei einer anderen Störung des Νοῦς, der Hallucinose, die Seelenstörung plötzlich in ihrer ganzen Schwere einsetzen. Von den Paraphrenieen kann man vielleicht im Grossen und Ganzen behaupten, dass sie sich nach und nach entwickeln. Intoxikations-, Infections-, Consensual- und Reflexpsychosen werden weitaus am häufigsten das Bild des brüsken Eintritts zeigen.

v. Krafft-Ebing theilt die psychischen Störungen nach ihrem Verlauf in krankhafte Processe und krankhafte Zustände ein. Er versteht unter krankhaften Processen den Ablauf bestimmter Veränderungen in einer gegebenen Zeit, unter krankhaften Zuständen ein dauerndes, sich gleich bleibendes abnormes Verhalten der psychischen Persönlichkeit, entweder angeborene Idiotie, Cretinismus oder secundären Schwachsinn. In den krankhaften Zuständen hat die äussere, krank machende Ursache längst aufgehört zu wirken, in den krankhaften Processen dauert ihr Einfluss noch fort.

Wir unterscheiden wie bei den somatischen Krankheiten acute, subacute und chronische Irreseinsformen. Zu den acuten sind alle diejenigen zu zählen, welche nach einer verhältnissmässig kurzen Dauer zur Genesung gelangen. Zu solchen wären zu rechnen die Dysthymie, Hyperthymie, Hallucinose, Katatonia mitis und alle jene Intoxikations-, Infections-, Reflex- und Consensualpsychosen, bei welchen die krank machende Ursache schnell den Körper verlassen kann, ohne materielle Veränderungen im Centralnervensystem gesetzt zu haben. Zu den subacuten Irreseinsformen gehören dann alle diejenigen, welche etwas länger als die acuten zu ihrer Restitution brauchen.

Die chronischen psychischen Depravationen gehen nicht in Heilung über (Paranoia, Paraphrenia paralytica progressiva, Katatonia gravis, das vererbte Irresein und von den Infections-, Intoxikations-, Reflex- und Consensualpsychosen alle diejenigen, welche definitive Veränderungen im Centralnervensystem gesetzt haben, deren Ursachen nicht zu eliminiren, oder welche in der Constitution des Individuums tief begründet sind).

Bei den chronischen Psychosen unterscheiden wir solche mit continuirlichem Verlauf, wo die Krankheit sich lange auf derselben Höhe halten kann, und solche mit remittirendem Verlauf, wo das Leiden vielfache Schwankungen in der Intensität (Remissionen und Exacerbationen)

oder zeitweise völliges Zurücktreten der Erscheinungen (Intermissionen und Intervalle) darbietet.

Es kommen also Psychosen vor, die einen progressiven Verlauf nehmen (Paraphrenia paralytica, Katatonia gravis u. a.), neben anderen, die stationär bleiben können und bei noch so langer Dauer ihren Ausgang nicht in secundäre psychische Schwächezustände nehmen. Dieses gilt für die partiellen Psychosen (cf. diese). Die Paraphrenieen dagegen haben im Allgemeinen einen typischen, progressiven Verlauf. Sie beginnen ceteris paribus mit einem melancholischen Initialstadium, das in ein maniakalisches übergeht und durch das Stadium der Perturbation und Attonität hindurch entweder in Genesung oder in einem Zustand secundärer geistiger Schwäche oder secundären Blödsinns endet, aus welchem mitunter ein paranoischer Torso hervorragt.

Der typische Verlauf der verschiedenen Psychosen wird bisweilen in eigenthümlicher Weise durch das Dazwischentreten acuter, fieberhafter Krankheiten modificirt; dieselben können die Veranlassung zu Remissionen und selbst zur Heilung werden. So wirken namentlich Pneumonieen, Typhus, Intermittens, Variola u. a., aber nicht in allen Fällen. Man vergleiche darüber Willerding: Günstiger Einfluss fieberhafter Krankheiten auf Psychosen; Heilung einer Manie infolge einer Pleuritis (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 46, H. 5, p. 606—614). Analog berichtet Schütze (Arch. f. Psych. 1888, Bd. 20, H. 1) über Heilung einer Hyperthymie durch eine Rachendiphtherie und Dinter über Heilung einer Dysthymie durch Erysipelas faciei.

B. Combinirte Psychosen.

§. 567.

Unter Combination der Psychosen versteht v. Krafft-Ebing (l. c. p. 229) das zu einer verlaufenden Psychose complicirende Hinzutreten von anderweitigen Formen des Irreseins, welche dann gegenseitig ungesondert, aber von einander unbeeinflusst ihren eigenen Verlauf durchmachen. So entwickelt sich auf dem präexistirenden Boden einer Imbecillität, einer Hebephrenie oder einer erworbenen Geistesschwäche irgend eine andere Psychose. Derselbe Autor erwähnt Combinationen von Paranoia mit episodischem menstrualen Irresein, von Paranoia mit Paralyse, mit intercurrenter Dysthymie oder mit periodischer Manie, sodann Fälle von epileptischer Geistesstörung mit circulärem Irresein, mit später dazu tretender Dysthymie und Alkoholdelirium, ferner Combinationen von epileptischem und paralytischem Irresein, von epileptischem Irresein und Paranoia, von epileptischem Delirium mit Delirium tremens, von chro-

nischer, hallucinatorischer Paranoia mit Delirium alkoholicum, Dipsomanie und Delirium tremens.

Dieser Ansicht von der Art der Combination des Irreseins möchte ich mich nicht anschliessen. Ich habe bei den combinirten Psychosen nur bemerken können, dass die neu hinzutretenden psychischen Erscheinungen keine abgeschlossene, bekannte Psychose darstellen und als solche sich mit der bestehenden combiniren, sondern dass sie nur Symptome sind, die intercurrent, episodisch, gleichsam auf die bestehende Psychose aufgeklebt das Bild der letzteren für eine kurze Zeit verwischen; nach ihrem Abklingen jedoch besteht die Grund-Psychose unverändert fort. So kenne ich eine Dame, die an Dysthymie leidet; dieselbe hört hin und wieder Stimmen: sie solle sich mit einem Schusterjungen verheirathen; sie befindet sich während der Dauer dieser Hallucinationen vollständig unter dem Einfluss derselben und bildet sie zu einem förmlichen System aus. Einen derartigen Zustand, der im vorliegenden Falle einige Wochen dauerte, und nach dessen Abklingen die alte Dysthymie unverändert fortbestand, hat man bis jetzt als hallucinatorische Paranoia bezeichnet, es ist dies jedoch weiter Nichts als ein Delirium episodicum der Dysthymie. Meynert hält derartige Sinnes-Delirien ebenfalls für episodische Adnexe.

C. Die Reconvalescenz.

§. 568.

Wir können von einer Reconvalescenz von dem Augenblicke an sprechen, wo die Psychose ihren Höhepunkt überschritten hat. Es ist natürlich diese Grenze keine scharfe, und der Zeitpunkt des Eintritts der beginnenden Reconvalescenz wird sich nicht immer genau bestimmen lassen. Haben wir z. B. einen Hyperthymiker vor uns, dessen Krankheit, wie es fast immer der Fall ist, eine lange Zeit auf gleicher Höhe bleibt, so werden wir nicht bei irgend einer zu bemerkenden Abnahme seiner krankhaften Aeusserungen sagen können, jetzt fängt die Reconvalescenz an, sondern mindestens gehört dazu die Beobachtung von 8—14 Tagen, ja noch länger, um feststellen zu können: die Krankheit hat ihren Höhepunkt überschritten, und ihr Träger geht der Genesung entgegen.

Ebenso werden wir bei den übrigen heilbaren Seelenstörungen eine kürzere oder längere Zeit beobachten müssen, ehe wir uns ein klares Bild von dem weiteren Verlaufe der Psychose machen können. Wie wir oben gesehen haben, hören gewisse Irreseinszustände, die auf der Einführung von Giften oder Infectionsstoffen beruhen, relativ plötzlich auf, wenn der Agent provocateur zu wirken aufgehört hat. Hier

verschwindet in verhältnissmässig kurzer Zeit der ganze Symptomencomplex (z. B. Hallucinose durch Cocaïn).

Im Allgemeinen klingen die krankhaften Erscheinungen in der Form der Lysis ab. Der Erregte wird etwas concinner in seiner Handlungsweise, seine Gedanken werden cohärenter, er bekommt wieder die Fähigkeit, dem Ansturme seiner Gefühle hemmende Vorstellungen entgegenzustellen. Der Dysthymiker wird in seinem Handeln freier, er gewinnt allmählich mehr Interesse für seine Umgebung, der Versündigungswahn und das Gefühl der Unwürdigkeit nehmen mehr und mehr an Stärke ab. Aehnlich geht es dem aus dem Stadium stuporosum sich herausarbeitenden Katatoniker. Bei dem Geisteskranken, welcher in seinen Aeusserungen das Bild der Hallucinose zeigt, schieben sich zwischen die massenhaft und ununterbrochen auf ihn einstürmenden Hallucinationen, lichte Zwischenräume ein; diese werden immer grösser und überwinden schliesslich vollständig die nur noch vereinzelt auftretenden Sinnestäuschungen.

ZWEITES CAPITEL.

Ausgang des Irreseins.

§. 569.

Wir unterscheiden drei Ausgänge der Seelenstörungen:

1. Die Heilbarkeit (vollständige Heilung).
2. Die Heilung mit Defect (unvollständige Heilung).
3. Die Unheilbarkeit.

Als vollständig geheilt kann man alle diejenigen Individuen ansehen, welche in ihrem Gefühlsleben, in ihren Verstandesfunctionen keinerlei Abnormitäten im Vergleich zu ihren früheren gesunden Tagen zeigen. Aber nicht nur das äussere Verhalten des Geheilten giebt dem Arzte den Beweis für den Eintritt der vollständigen Heilung, es gehört dazu noch die Einsicht des Genesenden in das Wesen der überstandenen Seelenstörung (cf. §. 203).

Der ehemalige Dysthymiker muss auf dem Standpunkt angelangt sein, dass die Gedanken, die ihm während seiner Krankheit gekommen sind, und die er dann retrospectiv für die Krankheit verantwortlich gemacht hat, falsche, unmotivirte, dass sie nicht die Ursache seiner psychischen Depression, sondern die Folge derselben gewesen sind.

Der von der Hallucinose Genesene muss sich vollständig klar darüber geworden sein, dass alle seine Sinnesperceptionen während der Krankheit falsch waren, dass sie in ihm selbst auf Grund krankhafter, intracerebraler Vorgänge entstanden sind. Erst wenn diese Bedingung erfüllt ist, kann man von einer vollständigen Heilung sprechen.

Was den zweiten Punkt, die Heilung mit Defect, anbelangt, so verstehe ich darunter einen Zustand, in welchem das betreffende Individuum zwar von den schweren, turbulenten, eingreifenden Gehirnalterationen genesen, wo aber in dem ganzen Seelenleben ein wunder Punkt übrig geblieben ist, an welchem entweder neue Angriffe den geeigneten Boden finden, oder welcher eine Lücke in dem Ganzen des Ichverbandes zeigt. Im ersten Falle besteht eine Invalidität des Gehirns, das noch nicht erstarkt ist, um den Stürmen des Lebens Trotz bieten zu können, welches noch allzusehr geneigt ist, durch den geringsten Anstoss aus seiner immer noch labilen Gleichgewichtslage zu kommen. Im zweiten Falle zeigt das Gehirn einen Defect, einen Mangel in den einzelnen Functionen des psychischen Organismus. Es sind das Zustände, die wir mit erworbenem Schwachsinn bezeichnen.

Bei der Heilung mit Defect, welche man richtiger mit dem Ausdruck Besserung bezeichnen müsste, ist der Reconvalescent nicht mehr derjenige, der er früher war. Seine Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ist mehr oder weniger herabgesetzt, die feine Reaction auf die Einwirkungen der Aussenwelt ist ihm verloren gegangen.

Unter Unheilbarkeit versteht man zweierlei. Entweder das unveränderte Andauern der einmal „vollzogenen krankhaften Wandlung,“ oder aber den Fortschritt derselben bis zum völligen Verfall des Ichverbandes. Unheilbar sind Paranoia, Paraphrenia paralytica progressiva, Paraphrenia katatonica gravis, das periodische und cyklische Irresein und alle jene Krankheitsformen, bei welchen durch äussere oder innere Einwirkungen substantielle Veränderungen des Centralnervensystems eingetreten sind. Der Vorgang der Verblödung vollzieht sich je nach der Form der Geistesstörung in symptomatisch verschiedener Weise und namentlich in sehr verschiedenen Zeiträumen.

Eine Immunität gegen körperliche Krankheiten giebt das Irresein nicht, nur hat man seltener Carcinomatosen gefunden. Im Uebrigen fordert der Selbstmord bei der Dysthymie, bei hallucinatorischen Zuständen, in der Angst des Delirium persecutionis, häufig trotz der strengsten Ueberwachung, seine Opfer. Beim Delirium acutum ist ebenfalls der Ausgang fast stets ein tödtlicher. Auch die Schwindsucht, welche in Irrenanstalten bei marastischen Individuen sich sehr häufig etablirt, ist eine nicht zu unterschätzende Todesursache, und neben der Paraphrenia paralytica progressiva führen die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, die Geschwülste, die embolischen Processe rasch zum Tode.

Die günstigste Prognose quoad vitam geben alle jene Irreseinsformen, welche mit einer gewissen Typicität, unter allmählicher Abnahme der ganzen seelischen Fähigkeiten, in chronischer Weise verlaufen.

Heilen die Paraphrenieen, mit Ausnahme der unheilbaren Paralyse, nicht, sondern gehen sie in Determinalzustände (apathischen oder agitirten Blödsinn mit rudimentären paranoischen Zügen) über, so kann man den Kranken eine lange Lebensdauer prognosticiren.

An diese Paraphrenieen schliesst sich, mit ebenso günstiger Prognose quoad vitam, die Paranoia an. Die Mortalität der Irren bleibt aber trotzdem fünf Mal grösser als bei Gesunden in den gleichen Altersclassen (v. Krafft-Ebing). Die geordnete regelmässige Lebensweise in der Irrenanstalt wirkt direct conservirend.

DRITTES CAPITEL.

Prognostik des Irreseins.

A. Prognose der Lebenserhaltung.

§. 570.

Zweierlei Fragen kommen bei der Prognose der psychischen Krankheiten in Betracht, einmal, ob der vorhandene Krankheitszustand das Leben gefährdet, zweitens, ob und inwieweit bei Fortdauer des Lebens eine Genesung von der psychischen Störung zu hoffen sei.

Die Beantwortung der ersten Frage hängt oft mehr von der Anwesenheit anderweitiger, nach bekannten Regeln zu beurtheilender Krankheitsprocesse (Tuberculose, Herzkrankheit etc.), als von dem Stande des Gehirnleidens ab. — Unter diesen Gehirnleiden selbst aber stehen an Gefährlichkeit oben an die tieferen Degenerationen in der Schädelhöhle mit dem Symptomencomplexe des paralytischen Blödsinns (vgl. §. 340); sie gestatten in der Regel nur noch eine ein- bis dreijährige, oft bei Weitem nicht so lange Lebensdauer. Einzelne Fälle kamen zur Beobachtung, in welchen Paralytiker sich unter der geeigneten Pflege bis zu 10 Jahren hielten. — Von ungünstiger Prognose sind weiter jene ausgebreiteten und intensiven Gehirnhyperämieen, welche hochgradigen Erregungszuständen zuweilen in einer gewissen Andauer zu Grunde liegen, noch öfter intercurrirend während derselben auftreten; sie können sich schnell zu acuter Erweichung der Rindensubstanz steigern oder auch seröse Ergüsse, Blutextravasate u. dgl. mit schnellem, tödtlichem Ausgange setzen. — Auch das Gehirnödem, namentlich das schnell entstandene, kann zur Todesursache werden; ebenso gehört in den dysthymischen Zuständen eine lange andauernde Nahrungsverweigerung zu den lebensgefährlichen Vorkommnissen. Ueberhaupt ist die Gefahr eines tödtlichen Ausgangs weit grösser in den ersten Stadien einer Paraphrenie, innerhalb der Formen der frischen Manie und Melancholie, als in jenen Zuständen chronisch gewordener

Irritation oder mässiger, aber unheilbarer anatomischer Veränderung des Gehirns, welche sich als terminale Zustände (Demenz mit oder ohne paranoische Züge) äussern; diese abgelaufenen, nur in ihren Residuen fortwirkenden Processe gestatten nicht nur eine noch lange Lebensdauer, sondern es ist bei ihnen auch gewöhnlich eine gegen die frühere Zeit der Erkrankung auffallende Besserung des Allgemeinbefindens mit Zunahme der Ernährung bemerklich; jede Pflege-Anstalt enthält solche schon seit vielen Jahrzehnten in ihr lebende Bewohner.

B. Prognose der Heilbarkeit des Irreseins.

§. 571.

Das Urtheil über die zweite prognostische Frage, die nach der Heilbarkeit des Irreseins bei vorausgesetzter Lebenserhaltung, wird durch weit mehr besondere Umstände bestimmt und erfordert weit mehr psychiatrische Specialkenntniss und Erfahrung. Die Statistik der Irrenanstalten ergiebt auch hier allerdings einige wichtige Momente, insofern sich in ihr eine Reihe von Erfahrungssätzen mit entscheidender Uebereinstimmung herausstellt (z. B. die Unheilbarkeit des Blödsinns, der Einfluss der Krankheitsdauer auf die Prognose etc.): allein viele statistische Angaben über Heilungsverhältnisse sind von zweifelhafter Glaubwürdigkeit — das Wort „genesen" scheint nicht überall in demselben Sinne gebraucht zu werden — und keine Statistik vermag die complicirten Verhältnisse zur Anschauung zu bringen, welche in den concreten Fällen das Urtheil über die Heilbarkeit bestimmen.

1. Wohl das wichtigste Moment für die Genesungsfähigkeit ist die Form des Irreseins oder das Stadium der Krankheit. Als ganz unheilbar sind zu betrachten alle Zustände von Blödsinn. Unter den primären Formen der Dysthymie und Hyperthymie ist die erstere nach meinen mit denen Flemming's und des Verfassers übereinstimmenden Beobachtungen die günstigere. Wenn dagegen viele andere Irrenärzte (Jessen, Ideler, Falret, Ferrus, Haslam, Rush etc.) die Hyperthymie, namentlich die Hyperthymia gravis durchgängig für die heilbarste Form des Irreseins erklären, so kann sich dies nur auf die Ergebnisse in den Irrenanstalten beziehen, welchen seltener leichte, sondern mehr nur schwere und veraltete, und dann allerdings an Heilbarkeit hinter obiger Affection zurückstehende Fälle von Dysthymie übergeben werden, während natürlich schon für die leichteren Fälle der Exaltationszustände die Hülfe der Anstalten gesucht wird.[1]) Viele Zu-

[1]) Guislain (leç. or. II p. 232) bekam in seiner Anstalt etwas mehr Heilungen der Dysthymie als Hyperthymie; in der Wiener Anstalt (Bericht 1858) gab die Hyperthymia gravis etwas mehr Genesungen als die Dysthymie.

stände mässiger Schwermuth werden, zur rechten Zeit behandelt, ausserhalb der Anstalten glücklich gehoben; für die chronischen, protrahirteren Zustände von Melancholie und Manie aber muss der Unterschied in der Prognose um so geringer ausfallen, je häufiger hier eben ein oft rascher Wechsel beider Formen, ein stetes Schwanken zwischen Depression und Exaltation vorkommt.

Bei diesen aus der Krankheitsform geschöpften prognostischen Urtheilen ist immer das Wichtigste die Bestimmung, ob man noch lebendige, flüssige, psychische Krankheitsprocesse, oder nur beharrende Residuen schon abgelaufener, erloschener Processe vor sich hat. Da nun die Manie offenbar die Akme aller Paraphrenieen und Formen darstellt, so ist für die grosse Mehrzahl der Fälle als praktische Regel der Satz aufzustellen, dass, wenn ein Stadium maniacum mit nunmehriger völliger Beruhigung, aber ohne entschieden günstige Entscheidung abgelaufen ist, der Kranke sich in der grössten Gefahr der Unheilbarkeit befindet. Besonders schwierig ist übrigens die Prognose in den Zeiten des Uebergangs der ersten Stadien zu den terminalen, welcher oft unter Jahre langen Schwankungen zwischen Besserung und Verschlimmerung geschieht. Hier ist einestheils das Aufhören aller Störungen des körperlichen Befindens, namentlich mit Fettwerden, andererseits sind alle permanenteren Bewegungs- und Sensibilitäts-Anomalieen (Krämpfe, Pupillenveränderung, Verlust des Geruchs, Geschmacks, Kothfressen, fixes Sehen in die Sonne, hartnäckige, vage Gliederschmerzen) als entschieden ungünstige Zeichen zu betrachten, während der Mangel an Wiederkehr gesunder Neigungen, eines gesunden Triebes zur Beschäftigung, die ohne Gemüths-Exaltation andauernde Sucht zu phantastischer Uebertreibung, zunehmende Incohärenz der Gedanken, stumpfer Ausdruck der Physiognomie, das Beharren oder Weiterschreiten des Leidens von geistiger Seite anzeigen.

§. 572.

2. Die Krankheitsdauer ist nach übereinstimmenden Erfahrungen für die Prognose der Psychosen wichtiger als bei irgend einem anderen Leiden. In dieser Beziehung kann wohl in einzelnen Zahlenangaben, im Grundsatze aber selbst keine Differenz stattfinden. So müssen, wenn nicht innerhalb Jahresfrist ein sichtbarer Schritt zur Besserung geschieht, die Hoffnungen auf vollständige Genesung schon trübe werden, wenn es gleich nicht an Beispielen fehlt, wo Irre nach 6, 10, ja nach 20jähriger Dauer der Krankheit noch genasen, wie man dies zuweilen bei einzelnen Kranken der Pflege-Anstalten beobachtet; namentlich beim weiblichen Geschlecht darf vom Eintritt der klimakterischen Periode manchmal

noch ein günstiger Einfluss erwartet werden (Jessen, Jakobi und Nasse's Ztschr. I. p. 662).

3. Was die prognostischen Zeichen aus dem Krankheitsverlauf und aus der Art der Gruppirung der Symptome betrifft, so ist eine ausgesprochene Periodicität der Anfälle mit grösseren, freien Zwischenräumen entschieden ungünstig. Gewöhnlich werden bei jenen Kranken, welche Anfangs alle Jahre, alle 3, sogar alle 7 Jahre in Irresein verfallen, mit der Zeit die luciden Intervalle kürzer, die Recidive immer länger und schwerer, und es wird mit jedem Anfalle die Prognose trauriger. — Bei den anhaltenden Fällen lässt im Durchschnitt — doch nicht ohne Ausnahme — eine allmähliche, langsame Entwicklung der Krankheit auch einen langsameren Verlauf und schwerere Heilbarkeit erwarten; schneller Beginn ist in der Regel viel günstiger; anderntheils aber sind auch die langsam vorschreitenden Genesungen gewöhnlich haltbarer als die plötzlich erfolgenden; letztere sind besonders nach schon längerer Dauer der Krankheit selten von Bestand. — Ein unregelmässiger Wechsel auch stürmischer Erscheinungen gilt immer für günstiger, als ein langes Beharren in einer Symptomengruppe, z. B. in steter heftiger Erregung, steter, wenn auch nur mässiger fröhlicher Aufregung, steter Gefrässigkeit oder anhaltendem Widerwillen gegen Speisen etc. Die nymphomanischen Zustände in ihren verschiedenen Modificationen sind bei jungen Individuen eher von günstiger Prognose, dagegen in der Involutions-Periode ungünstig; von ebenso schlechter Prognose sind bei Männern höheren Alters sexuell aufgeregte Zustände; sie gehen meist dem Blödsinn voran. — Als günstiges Zeichen bei Erregten gilt die Rückkehr einer depressiven Stimmung, z. B. vieles Weinen, indem eine wiederkehrende Schwermuthsperiode zuweilen die Genesung oder doch traurige Stimmung ein lucides Intervall einleitet, ebenso überall die Rückkehr der Decenz, der früheren Neigungen und Liebhabereien (zu Arbeit, zu Musik etc.), die unversehrte Erhaltung des Gedächtnisses, das Verlangen, die Angehörigen wiederzusehen u. dgl. m.; viele Hallucinationen bei sonstiger Beruhigung sind ungünstig. — Ein vollständiges leibliches Wohlbefinden, von welchem freilich nur nach umfassender und genauer Untersuchung aller Organe die Rede sein kann, bei fortdauernder psychischer Störung wird mit Recht als ein schlimmes Zeichen betrachtet; andererseits sieht man den Wiedereintritt früherer, aber während der Krankheit verschwundener körperlicher Beschwerden, theils nervöser (Zahnschmerzen, Kopfschmerzen etc.), theils secretorischer Art (Oedeme, Blutungen) zuweilen, doch im Ganzen nicht häufig mit entschiedener Besserung des geistigen Befindens, ja mit schneller Heilung zusammentreffen. Alle Remissionen und allmählich länger dauernden Intermissionen und echte lucide Intervalle sind natürlich günstig. Das beste

prognostische Zeichen aus den Symptomen aber ist das Bewusstwerden der inneren Störung, das Gefühl krank zu sein und das Auftreten einer Reaction des (alten) Ich gegen die psychische Störung, welche als etwas krankhaft Aufgedrungenes bewusst wird; wiewohl auch dann noch — wie Jakobi mit Recht bemerkt — es an Kraft zur Durchführung dieser Reaction fehlen, und der zeitweise Schimmer der Selbstbestimmung wieder in neuem Dunkel erlöschen kann.

§. 573.

4. Auch einige ätiologische Momente sind von prognostischer Bedeutung. Es ist entschieden, dass das Irresein im jugendlichen Alter häufiger gehoben werden kann, als im vorgerückten; doch sieht man zuweilen frische Erkrankungsfälle auch im 50. bis 60. Lebensjahre und später wieder genesen, und nur der senile Blödsinn bietet hier eine absolut traurige Prognose dar. — Die im Durchschnitt angenommene grössere Heilbarkeit des Irreseins beim weiblichen Geschlecht ist wohl in erster Reihe der grösseren Seltenheit der allgemeinen Paralyse zuzuschreiben; Jessen (l. c. p. 664) hat — seither mehrfach durch Erfahrung bestätigt — besonders für die älteren Fälle günstigere Heilungsverhältnisse bei den Weibern erhalten, wonach es scheint, dass bei den Männern im Durchschnitt ein unheilbarer Zustand früher eintrete. — Gegen die Fälle vererbten Irreseins besteht beinahe überall ein höchst ungünstiges prognostisches Vorurtheil, welches bei der vorweg präsumirten Unheilbarkeit oft die Versäumung der nothwendigen therapeutischen Maassregeln zur Folge hat. Es ist aber durch viele Genesungen in solchen Fällen constatirt, dass durch Erblichkeit an sich noch durchaus keine Unheilbarkeit begründet wird; doch ist die Heilbarkeit erblicher Fälle immerhin eine geringere, und es sind bei solchen Genesenen Rückfälle eher zu erwarten. — Ob die Kranken der höheren Stände, von guter Erziehung, — wie schon behauptet wurde, — bessere Heilungsverhältnisse gewähren, als die aus den niederen, ob wirklich unter den Israeliten die Genesungen seltener sind u. dgl., ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht zu entscheiden. — Die Anlage und Ausbildung der Charaktereigenthümlichkeiten, das Maass psychischer Widerstandsfähigkeit, die leichtere oder schwierigere Hingabe an die Krankheit wie an die heilenden Einflüsse gehören zu den bedeutendsten Momenten für die Prognose. Ganz schlimm sind die allmählich entwickelten Erkrankungen bei Individuen, die sich schon von Jugend an durch excessive Launenhaftigkeit, durch grillenhafte Geschmacks- und excentrische Geistesrichtung bemerkbar gemacht haben; gleichfalls ungünstig sind die nach langen schmerzlichen Seelenbewegungen entstandenen Fälle, nach vieljährigem Kummer, langem

Schwanken zwischen Hoffnung, erschütterndem Zweifel und endlicher Versagung, nach intensiven Leidenschaften, auf deren Stürme innerliche Verödung folgte; jene tieferen Wunden heilen nicht ohne grosse geistige Substanzverluste, oft folgt ihnen eine wahre Zerrüttung der psychischen Constitution, und es stehen die hierher gehörigen Fälle an Heilbarkeit denen weit nach, die aus einer plötzlichen Seelenerschütterung, Schrecken u. dgl. entstanden sind.

Die nach Kopfverletzungen, nach acuter Meningitis, nach Apoplexie und länger bestandener Epilepsie auftretenden Geisteskrankheiten sind, namentlich die beiden letzteren fast ganz (doch nicht ohne einzelne Ausnahmen) unheilbar; gleichfalls für schlimm gelten die nach typhösen Fiebern sich entwickelnden und chronisch werdenden Fälle. Dagegen sind unter den körperlichen Momenten, welche zur Entstehung des Irreseins beitragen, als günstig, weil relativ eher zu beseitigen, zu betrachten: die Anämie, die acuten Hirncongestionen, die Verdauungsleiden, die Menstrual- und manche andere Sexualstörungen (Reflex- und Consensual-Psychosen). — Traurig ist die Prognose bei dem Irresein der alten Säufer, welches frühzeitig den Charakter geistiger Schwäche trägt; die früher, aus mässiger Trunksucht entstandenen Fälle gehören zu den heilbaren, übrigens mit ausserordentlicher Geneigtheit zu Rückfällen. — Onanisten und durch sexuelle Excesse Erschöpfte bieten, wenn eine Reparation des Allgemeinbefindens, eine erfolgreiche Behandlung etwa bestehender Localkrankheiten und vor Allem ein entschiedenes Aufgeben jener Ursache zu erlangen ist, im Anfang eine nicht ganz ungünstige Prognose. — Das hysterische Irresein mit acutem Ausbruch und heftiger Aufregung giebt für die Heilung eine bessere Prognose, als mit passivem, depressivem Charakter und schleppendem Verlauf. — Von sehr günstiger Prognose, ja eigentlich die günstigste unter allen, ist die puerperale Seelenstörung; sie giebt noch in den Irrenanstalten ziemlich gute Heilungsverhältnisse, die Mehrzahl dieser Kranken kommt aber gar nicht in die Anstalten, sondern erlangt die Wiedergenesung zu Hause.

Von grossem prognostischen Einflusse sind auch die äusseren Umstände und Verhältnisse des Kranken. Wo Dürftigkeit oder sonstige Ungunst des Schicksals jede wirksame Maassregel hemmt, wo Eigensinn und Vorurtheil der Umgebung ein wirksames Eingreifen zur rechten Zeit unmöglich macht, wo die Entfernung aus der Lebenslage, in welcher die psychische Störung entstand und immer neue Nahrung findet, nicht thunlich ist, da mache man sich keine Illusionen über die Genesungsfähigkeit, da hoffe man Nichts von der Natur, deren Heilkraft es am Ende doch noch gut machen werde.

§. 574.

5. Zusammenfassung. Ceteris paribus ist die Prognose der Seelenstörungen in den letzten 25 Jahren eine erheblich günstigere geworden, als sie bis zur Einführung des No-restraint-Systems war. Trotzdem giebt es noch eine grosse Anzahl Laien, ja sogar Aerzte, welche diesen Fortschritt der Therapie nicht recht anerkennen wollen.

Die beste Prognose geben die frischen, plötzlich eintretenden Irreseinsformen, welche auf dem Boden eines rüstigen, unbelasteten Gehirns sich entwickeln.

Eine Dysthymie, die bei einem Individuum zum Ausbruch kommt, welches durch Ueberanstrengung, durch Sorgen, durch allzu grosse Thätigkeit seinen Pflichten hat gerecht werden wollen, giebt, wenn die erkrankte Person vorher psychisch intact war, eine gute Prognose. Ebenso die Hyperthymie, Hallucinose und in gleicher Weise die Katatonia mitis. Ueberhaupt alle jene Krankheiten, welche wir als rein functionell ansehen — abgesehen von der Paranoia, welche immerhin noch mehr ein philosophischer als atomistischer resp. pathologisch-anatomischer Begriff ist, — haben eine günstige Prognose, sowohl quoad vitam, wie quoad sanitatem.

Die Beantwortung der Frage, in wie weit eine Geisteskrankheit das Leben bedroht, hängt davon ab, ob durch dieselbe direct das Leben gefährdet ist, d. h. ob die Krankheit derartige Veränderungen im somatischen und psychischen Mechanismus setzt, welche unter den gegebenen Bedingungen eine Weiterexistenz des Individuums unmöglich machen. Der Typus einer solchen Krankheit ist die progressive Paralyse und demnächst jene schweren hallucinotischen Seelenstörungen, welche mit unüberwindlicher Nahrungsverweigerung einhergehen, oder diejenigen Störungen, die durch Krampfanfälle ein Weiterfunctioniren der Centren für die vegetativen Organe ausschliessen. Bei der progressiven Paralyse sind es natürlich nicht die psychischen Vorgänge, welche dem Leben der Kranken ein Ende machen, sondern die directen, substantiellen Veränderungen des Centralorgans.

Was ferner die Prognose quoad sanitatem anbelangt, so ist es wichtig, in welchem Lebensalter die Psychose einsetzt. Im höheren Alter tritt leicht tödtlicher Ausgang ein. Die Morbilität der Irren ist eine fünfmal so grosse als die der geistig Gesunden von gleicher Altersclasse. Der Grund ist in der neuropathischen Constitution zu suchen, deren Träger viele Irre sind. Hierdurch werden sie weniger widerstandsfähig gegen äussere Einflüsse.

C. Prognose der Genesung.[1])

§. 575.

Als Kriterium einer wirklichen Rückkehr der geistigen Gesundheit kann nicht der blosse Rücktritt der auffallenden Symptome, das Verschwinden der Aufregung und der Wahnäusserungen gelten: der Kranke kann sich äusserlich beruhigen, auch manche falsche Urtheile wohl verbergen lernen, welche er dennoch innerlich weiter festhält; ja es kann sich dies sogar mit einer auffallenden Besserung des Allgemeinbefindens auf eine täuschende Weise verbinden. Das wichtigste Merkmal wahrer Genesung ist vielmehr erst die entschiedene Anerkennung der Krankheit als solcher von Seiten des Genesenden, die klare Einsicht in die Abnormität des nun abgelaufenen Zustandes, der völlige Bruch mit allen demselben angehörigen Wahnideen und die immer unbefangenere Würdigung der eigenen Lage nach allen Seiten hin. Hiermit muss sich noch die Rückkehr der früheren Neigungen und der Gewohnheiten des gesunden Lebens, des Bedürfnisses zu gesunder Thätigkeit, des Interesses für die früheren Lebenskreise, der während der Krankheit so oft in Hass verwandelten Zuneigung zu Familie und Freunden verbinden. Denn wie das Irresein mit Gemüthsverstimmung und affectartigen Zuständen begann, so ist auch beim endlichen Ablauf desselben diese Seite des psychischen Lebens besonders zu beachten. Wo längst die Intelligenz als unversehrt erscheint, wo aber noch krankhafte Abneigung gegen einzelne Personen, oder ein unbestimmter, verbissener Grimm und Zorn, oder nur eine hohe gemüthliche Reizbarkeit übrig bleibt, welche noch schnell in leicht entstandenen Affecten explodirt, wo der Kranke eine Berührung der früher erkrankten Seiten nicht ertragen kann, also jede Erinnerung an die Krankheit sorgfältig meidet, wo überhaupt noch etwas Fremdartiges in der Gefühlsweise, dem Benehmen, der Sprache, der Physiognomie, dem Blick des Kranken zurückbleibt, da ist von völliger Herstellung noch keine Rede. Die Grundlage dieser ist vielmehr auch eine völlige Gemüthsberuhigung; von seiner Krankheit spricht der wirklich Genesene mit den ihm näher Stehenden, namentlich mit dem Arzte, unbefangen als von etwas ihm jetzt ganz fremd Gewordenem; er zeigt fast immer Dankbarkeit und Vertrauen, aber keine lärmende geräuschvolle Freude über seine Genesung, und legt seine Entlassung aus der Irrenanstalt ohne drängende Forderungen in das Ermessen des Arztes.

Diejenigen Genesungen sind im Durchschnitt sicherer, welche all-

[1]) Es ist an dieser Stelle §. 203 zum Theil wörtlich wiederholt, weil hier viele Leser eine ausführlichere Darstellung nicht gern vermissen möchten.

mählich, mit stetig fortschreitendem Bewusstwerden der inneren Störung zu Stande kamen, als die sehr schnellen, plötzlichen Besserungen, wenn sie auch noch so vollständig erscheinen. Andererseits können von psychischer Seite die günstigen Zeichen vollständiger Genesung vorhanden sein, während dagegen anderweitige Erkrankungen, denen ein wesentlicher Einfluss auf die Ausbildung der Gehirnkrankheit zukam (Tuberculose, Genitalienkrankheiten etc.), ungeheilt fortbestehen. In diesem Falle darf zwar der Ausspruch, dass der Kranke völlig vom Irresein genesen sei, nicht auf die gänzliche Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit warten; aber es muss wenigstens die grosse Gefahr neuer, nochmaliger Gehirnerkrankung fest im Auge behalten werden. — Bei all dem bedarf es auch noch einer gewissen Dauer des psychischen Wohlbefindens, um Genesung vom blossen luciden Intervalle zu unterscheiden, ganz wie wir den Epileptischen auch nach Monate langem Aufhören der Anfälle noch nicht für genesen erklären, sondern erst von einer längeren Zeit die völlige Bestätigung des günstigen Urtheils erwarten.

Einzelne Beobachter (Esquirol) waren geneigt, nur diejenigen Fälle von Genesung für hinlänglich sicher zu halten, welche unter palpabeln Krisen erfolgen; Verf. hat ebenso wie Jessen und C. G. Neumann solche Krisen überhaupt nur selten gefunden. Es soll nicht geleugnet werden, dass jene constitutionellen Umänderungen, welche die Genesung von einer so schweren Krankheit häufig begleiten müssen, sich auch zuweilen durch profuse oder qualitativ veränderte Excretionen, durch Hauteruptionen etc. kundgeben können, und dass insofern jenen Ereignissen, wenn sie mit geistiger Besserung zusammentreffen, eine günstige Bedeutung zukomme. Sie erscheinen übrigens öfter als Folgen, denn als Ursachen der Genesung, sehr oft als ganz zufällige Ereignisse, und durch ihr häufiges gänzliches Fehlen wird die Esquirol'sche Ansicht genügend widerlegt.

D. Prognose der Recidive.

§. 576.

Im ersten und zweiten Jahre nach der Herstellung sind die Recidive bei weitem am häufigsten, was sich aus der oft lange zurückbleibenden, höheren psychischen Reizbarkeit und leichteren körperlichen Erkrankbarkeit nach einer so schweren Störung, mitunter auch aus einer offenbar zu frühzeitigen Entlassung aus den Anstalten leicht erklärt. Aus den ersteren Momenten erklärt es sich vielleicht auch, dass die Recidive beim weiblichen Geschlecht etwas häufiger sind (Schröder v. d. K. und Parchappe). Man bedenke auch, wie selten bei den meisten chronischen Krankheiten die völligen, dauernden Genesungen sind, wie schwierig es ist, gewisse, von frühester Jugend her bestehende constitutionelle Ursachen zu heben, deren stetes Fortwirken immer neue Erkrankungen in der einmal gewohnten pathologischen Richtung zur

Folge hat. Man schreibe es nicht der Machtlosigkeit der Kunst oder einem gerade für diese Krankheitsformen prädestinirten Unheile zu, wenn die Genesenen wieder erkranken, welche aus der Irrenanstalt in die traurigsten Verhältnisse zurückkehren, oder welche sich der ganzen Einwirkung gesundheitszerrüttender Momente von Neuem aussetzen, die schon an ihrer erstmaligen Krankheit Schuld waren. Dem Genesenen, der zur Gewohnheit der Trunksucht, zum Elend, zu überanstrengender Beschäftigung, zu den Ursachen heftiger Leidenschaften und Affecte zurückkehrt, können Recidive fast sicher vorausgesagt werden, und namentlich die Säufer kann man aus den Irrenanstalten fast jedes Mal nur mit der unerfreulichen Aussicht auf baldiges Wiedersehen entlassen.

ZWEITER ABSCHNITT.

Die Therapie der Psychosen.

Litteratur.

Schulz: Ueber Wachabtheilungen in Irrenhäusern. Allg. Ztschrft. f. Psych. XLV, H. 1 u. 2. — Turnbull: Familienpflege für Geisteskranke. Journ. of ment. Science. Oct. 1888. — Hack-Tuke: Boarding out of Pauper Lunatics iu Scotland. Journ. of Ment. Sc. Jan. 1889. — Sioli: Ueber Familienpflege der Geisteskranken. Jahressitz. d. Ver. d. deutsch. Irrenärzte, Jena 1889 (ref. Neur. Centrlbl. 1889, Nr. 13, p. 393). — Niessen: Zur Entwicklung und modernen Gestaltung der Irrenfürsorge. — Hadlich: Ueber Heimstätten für Genesende. — Rapiu: Accidents dus à l'antipyrine. Revue médicale de la Suisse romande 1888, No. 11. — Lemoine: De l'hyoscine. Gaz. méd. de Paris 1889, No. 3. — Malfilatre et Lemoine: Nouvelles recherches sur l'hyoscine. Gaz. méd. 1889, No. 36. — Würschmidt: Ueber einige Hypnotica, deren Anwendung und Wirkung bei Geisteskranken. Würzburg 1888. — Ziehen: Die Opiumbehandlung bei Psychosen. Therapeut. Monatshefte 1889, H. 2 u. 3. — Klinke: Hyoscin bei Geisteskranken. — Brush: Notes ou some clinical experiences with insomnia. American Journal of Insanity Januar 1889 (ref. Centrlbl. f. Nervhlk. etc. 1889, Nr. 7). — Courtenay: Case of foreign body in the oesophagus. Journal of mental science Jan. 1889. — Pachoud et Claret: Note sur sulfonal. Ann. méd.-psychol. März 1889. — v. Bergmann: Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. 2. Aufl. 1889. — Navratil: Beiträge zur Hirn-Chirurgie. 1889. — Jul. Althaus: How does suspension act in locomotor ataxy? The Lancet. 13. April 1889. — Hammond: Die Behandlung der Ataxie und anderer Nervenkrankheiten durch Suspension. New-Yorker medic. Journ. 11. Mai 1889. — Jastrowitz: Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit. Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 31—34. — Kny: Therapeutische Wirkungen des Hyoscins. Berl. klin. Wochenschr. 1888, Nr. 50. — Dornblüth: Bericht über Anwendung des Hyoscins bei Geisteskranken. Berl. klin. Wochenschr. 1888, Nr. 49. — Eulenburg: Zur Aetiologie und Therapie der Migräne. Med. Presse 1887, Nr. 1 u. 2. — Rabow: Hyoscin, dessen Indicationen und Dosis. Therap. Monatshefte. Aug. 1889. — Mercklin: Ueber gynäkologische Behandlung bei Psychosen. St. Petersb. med. Wochenschr. 1889, Nr. 16 u. 17 (ref.

Kalischer, Neurol. Centrlbl. 1890, Nr. 6). — Jolly: Ueber die Behandlung der Manie mit Opium. Virchow-Hirsch's Archiv 1890, Bd. II, p. 146, 148. — Arndt: Die Behandlung der Psychosen. Lehrbuch p. 576—623. — Kraepelin: Allgemeine Therapie. Psych. p. 173—208. — v. Krafft-Ebing: Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. Allgem. Ztschr. für Psych. 1889, Bd. 46, H. 2 u. 3, p. 229. — idem: Allgemeine Therapie. Psych. p. 277—315. — idem: Ueber Schlaflosigkeit und neuere Schlafmittel. Wiener klin. Wochenschr. 1890, Nr. 2 u. 3. — Malschin: Chloralamid bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Arch. psichiatrii etc. 1890, No. 1. — Langgaard: Die Wirkung des Chloralamid auf Kreislauf und Athmung. Therap. Monatshefte 1890, H. 1. — Lailler: Ueber die Ernährungsfrage bei der Behandlung der Geisteskranken. Ann. méd.-psych. Jan. 1889. — Descourtis: Ueber Zwangsfütterung vermittelst der Schlundsonde bei Geisteskranken und über die Mittel, ein Eindringen von Flüssigkeiten in die Luftwege zu verhüten. L'Encéphale 1889, No. 5. — Andriani: La tecnica dell' alimentazione forzata dei folli sitofobi. La Psichiatria 1888. VI. — Dornblüth: Ueber einige beruhigende Mittel für Geisteskranke. Therap. Monatsh. Aug. 1889. — Fischer: Ueber die Wirkung des Hyoscins. Pest. med.-chir. Presse 1888, Nr. 22. — Leuret: Du traitement moral de la folie. Paris 1840. — Engelken: Ueber Prophylaxis der Geisteskrankheiten. Zeitschr. für Psych. Bd. X, 1853. — Conolly: Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang. Uebers. von Brosius. Lahr 1860. — Pinel (fils) in Memoires de l'acad. roy. de méd. Tome V. Paris 1836. — Morel: Le No-Restraint. Paris 1861. — Erlenmeyer: Wie sind Seelenstörungen in ihrem Beginn zu behandeln? Neuwied 1861. — Güntz: Wie sind Seelenstörungen etc. Arch. d. Ges. f. Psych. Bd. III, H. 1. 1860. — Séguin: Traitement etc. Paris 1846. — Kern: Heilpädagogik. Ztschr. f. Psych. Bd. 12, 1855, p. 521. — Damerow: ibid. Bd. 15, 1858. p. 499. — Guggenbühl: Ztschr. d. K. K. Ges. d. Aerzte in Wien 1860, Nr. 6. — Georgens und Deinhardt: Die Heilpädagogik. Leipzig 1861.

ERSTES CAPITEL.

Allgemeine therapeutische Grundsätze.

Einleitung.

§. 577.

Die Therapie der psychischen Krankheiten hat in reichlichem Maasse die Macht theoretischer Voraussetzungen und den wechselnden Einfluss einseitiger Systeme erfahren. Die alte Humoralpathologie entleerte schwarze Galle; die Erregungstheorie suchte — und sucht — den Organismus im Ganzen auf- oder abzuschrauben; die zur Entzündungspathologie eingeengte Localisationslehre erklärte trotz des Widerspruchs mit der täglichen Erfahrung die gewöhnliche Antiphlogose für die Grundlage ihrer Therapie, und ein ganz eigener Anhang wurde noch der Irrenbehandlung in den moralisirenden, frömmelnden Auffassungen der psychischen Therapie zu Theil. In einem Grundsatze aber hat sich doch die ganze neuere Psychiatrie zusammengefunden, in dem Grundsatze der Humanität in der Irrenbehandlung im Gegensatze zu

jener alten Rohheit, welche die Geisteskranken bald mit Hexenprocessen und Scheiterhaufen verfolgte, bald — und noch im günstigeren Falle — mit Verbrechern in die Kerker zusammengeworfen und dort die von der ärztlichen Kunst wie von anderer menschlicher Hülfe Verlassenen willkürlicher Grausamkeit und Brutalität preisgegeben hatte. Zwar die immer mehr durchdringende Erkenntniss des Irreseins als einer Krankheit, zunächst aber und hauptsächlich der eigentliche Philanthropismus, der den Irren ihre Rechte vom Standpunkte der allgemeinen Menschenrechte vindicirte, war es, der es zuerst durchsetzte, dass die Gesellschaft in den Irren Menschen anerkannte, denen sie Schutz und Hülfe schuldig ist, dass sie immer mehr zum Gegenstande ernstlicher Fürsorge von Seiten des Staates und tieferer, zum Zwecke der Heilung angestellter Forschung der Wissenschaft wurden. Der Rückblick auf jene Zeit und vor Allem auf die Bestrebungen Pinel's ist wohlthuend und erhebend für Jeden; jetzt ist jener Grundsatz längst über jede Möglichkeit einer Discussion erhaben festgestellt, und wenn wir Aerzte von dem Humanitätsprincip unsere Praxis beherrschen lassen, so thun wir dies vor Allem wegen seiner empirischen Erfolge für Erreichung unseres ersten und einzigen Zweckes, der Krankenheilung, Erfolge, deren unvergleichlich günstiger Contrast mit dem früheren Verfahren keiner weiteren Nachweisung bedarf. Nicht der Glanz eines abstracten philanthropischen Princips, sondern die praktische Nützlichkeit, die Erfolge der in diesem Sinne geführten Behandlung am Bette des Kranken, in der Zelle des Tobenden müssen uns leiten. Eben deshalb aber dürfen wir jene humanistischen Grundsätze auch nur insoweit als Regeln anerkennen, als sie unsere Zwecke fördern, wir müssen uns erinnern, dass nicht dasjenige Verfahren mit Irren das humane ist, welches dem individuellen Gefühle des Arztes oder des Kranken wohlthut, sondern das, welches ihn heilt, und die Psychiatrie soll nicht aus dem Ernste einer Beobachtungswissenschaft heraus in Sentimentalitäten, die kaum den Laien bestechen können, gerathen.

1. Einheit der psychischen und somatischen Behandlung.

§. 578.

Zunächst auch von der Thatsache des empirisch constatirten Erfolges ist auszugehen, indem für die psychische und somatische Heilmethode eine absolut gleiche Berechtigung in Anspruch genommen wird. Beide Wege der Einwirkung auf die Kranken sind immer instinctiv verbunden worden; auch die einseitigste moralistische Auffassung vermochte niemals den Nutzen zweckmässiger Arzneien, Bäder etc. zu bestreiten, während ebenso die tägliche Beobachtung

zeigen musste, wie fast keine Genesung ohne psychische Mittel (bestehen sie auch nur in Arbeit, Ordnung etc.) consolidirt werden kann. Trotz der Unabweislichkeit dieser praktischen Forderung aber ward es der Wissenschaft durch theoretische Voraussetzungen schwer gemacht, das Resultat der Erfahrung, das Bedürfniss eines unausgesetzten Zusammenwirkens psychischer und somatischer Therapie im Grunde seiner Nothwendigkeit zu erkennen. „Declinationen des Denkvermögens," so ward ironisch gefragt, „sollen durch Verdünnung eines atrabilarischen Bluts und durch Schmelzung stockender Säfte im Pfortadersystem berichtigt, Seelenschmerz mit Niesewurz und verkehrte Gedankenspiele mit Klystierspritzen bekämpft werden?" Die Somatiker dagegen machten für sich den Einfluss der körperlichen Zustände auf das geistige Leben geltend; sie beriefen sich auf ihre Krankheitsgeschichten, in denen ja ganz deutlich durch Digitalis, Kampher etc. das Irresein geheilt worden sei, und, wie meistens in solchen Fällen, sollte sich die Wissenschaft, die doch vor Allem auf Einheit und Consequenz der Principien dringt, endlich mit der eklektischen Concession beider Parteien begnügen, dass eben die eine oder die andere Seite der Therapie für einzelne dringlichere Zufälle zu einer den hauptsächlichen Heilplan unterstützenden Hülfsbehandlung werden müsse. So bliebe bei den Einen der psychischen, bei den Anderen der somatischen Therapie neben der Consequenz des grundsätzlichen Heilplans nur eine untergeordnete und dürftige Rolle; zum Verständniss der nothwendigen gleichen Berechtigung beider aber dient vor Allem die Erinnerung, dass alle normalen und anomalen psychischen Acte cerebrale Vorgänge sind, und dass die Gehirnthätigkeit ebenso gut direct durch unmittelbare Einwirkung, durch Hervorrufen von Stimmungen, Gemüthsbewegungen und Gedanken, als durch Verminderung der Blutmenge im Schädel, durch eine veränderte Ernährung des Gehirns, durch Narkotica und Reizmittel modificirt werden kann. Dass dem Irresein, wie den übrigen Gehirnkrankheiten, empirisch erprobte Arzneimittel entgegengesetzt werden, bedarf keiner Rechtfertigung; der häufige Erfolg der psychischen Behandlung auch da, wo sichtbare, leibliche Störungen zur Entstehung des Irreseins concurrirten, erklärt sich aus dem Einfluss des Gehirns auf die übrigen organischen Processe, der uns in der directen Hervorrufung von Seelenzuständen auch eines der wichtigsten Mittel an die Hand giebt, indirect Störungen des leiblichen Lebens, der Circulation, der Verdauung etc. günstig zu modificiren. Schwere Desorganisation des Gehirns (z. B. Blödsinn mit Paralyse) macht allerdings alles psychische Einwirken unmöglich; aber wir wissen, dass das Irresein im Anfang sehr häufig in nur functionellen Abweichungen besteht, und auch leichtere anatomische Veränderungen machen die Erfolge psychischer

Behandlung durchaus nicht unmöglich, denn die Organe sind fähig, sich nach den ihnen angemutheten Functionen bis zu einem gewissen Grade zu accommodiren, und die neuere Zeit hat in manchen glücklichen Versuchen selbst am Idiotismus gezeigt, wie auch bei mangelhaftem Gehirn eine geschickte Benutzung der vorhandenen Mittel noch eine gewisse Entwicklung des Geistes möglich macht. — Auf diesem Standpunkte hat es einen Sinn, von einer wahrhaft persönlichen, die leibliche und geistige Natur des Menschen zugleich fassenden Behandlung zu sprechen, und wenn im Einzelnen der folgenden Abhandlung psychische und somatische Behandlung äusserlich aus einander gehalten wird, so kann der Punkt ihrer innerlichen Vereinigung keinen Augenblick dunkel sein.

2. Individuelle und frühzeitige Behandlung.

§. 579.

Wenn die Therapie der Geisteskrankheiten — namentlich die somatische — zum grössten Theile mit den Grundsätzen und den Verfahrungsweisen der sonst gebräuchlichen Therapie zusammenstimmt, so stellen sich auf unserem Gebiete auch einige besondere Forderungen an jedes vernünftige ärztliche Einwirken mit ganz besonderer Deutlichkeit und Dringlichkeit heraus. Nirgends ist das Bedürfniss strengen Individualisirens grösser, als in der Irrenbehandlung, nirgends ist ein stetes Bewusstsein darüber nothwendiger, dass nicht eine Krankheit, sondern ein einzelner Kranker, nicht die Tobsucht, sondern ein tobsüchtig Gewordener das Object unserer Behandlung sei. In jedem einzelnen Falle will der immer wieder andersartige Zusammenhang der Erkrankungsmomente eruirt, mit allen Mitteln anatomischer Diagnostik und pathologischer Analyse aufgehellt sein, und es wird hier noch ein Eingehen in die geistige Seite der Individualität gefordert, wie solches in der sonstigen Praxis kaum verlangt wird. Hieraus ergiebt sich einerseits die praktische Regel, dass kein Fall — dringende Hülfe gegen schnelle Zufälle ausgenommen — in thätige Behandlung genommen werden sollte, dessen Anamnese und Entstehung nicht durchschaut wird, und bei dem jene schon p. 249 als die ersten Acte ärztlicher Wirksamkeit an Geisteskranken bezeichneten Forderungen nicht erfüllt sind; es geht hieraus aber auch eine Mannigfaltigkeit der praktischen Irrenbehandlung hervor, welche in den Büchern gar nicht einzeln exponirt werden kann, für welche sich hier nur die allgemeinen Grundsätze aufstellen und angeben lassen. — Auch die Nothwendigkeit, gegen solche chronischen Krankheiten möglichst frühzeitig, beim ersten Beginn und noch vor vollständiger Ausbildung der Erkrankung alsbald kräftig einzuschreiten,

drängt sich in der Irrentherapie ungewöhnlich lebhaft auf; schon die über Prognose gegebenen Bemerkungen müssen diesen Punkt genügend festgestellt haben. Andererseits aber ist bei schon ausgebrochener Krankheit auch vor Nichts mehr zu warnen, als vor ungeduldiger Vielgeschäftigkeit in der Therapie. Man muss sich erinnern, dass der gewöhnliche Verlauf dieser Krankheiten auch im günstigsten Falle im Durchschnitt ein sehr langsamer ist, dass man hier nach Monaten, ja nach Jahren zu rechnen hat; man muss warten können und die günstigen Zeitpunkte, die oft erst spät eintreten, zu ergreifen wissen. Man muss sich hüten, jedem einzelnen Symptom, jeder einzelnen Aeusserung der kranken Stimmung und des irrenden Vorstellens besonders entgegentreten zu wollen, und indem man den Kranken stets genau beobachtet und streng überwacht, kann man in vielen Fällen ohne alles stürmische Eingreifen bei ganz einfacher Behandlung einen spontanen günstigen Ausgang erwarten.

Auch hier, wie in so vielen anderen Krankheiten, hat die einfache, mehr exspectative und diätetische Behandlung — welche weit entfernt ist, den thörichten Vorwurf des Nichtsthuns zu verdienen — in einer Menge von Fällen (nicht in allen) die grössten Vorzüge vor der Anwendung stark wirkender und oft gewechselter Medicamente und Verfahrungsweisen. Wie wenig es gerade die speciellen, medicamentösen Eingriffe sind, denen eigentlich die Heilung zu verdanken ist, das sehen wir aus den nahezu gleichen Heilungszahlen ganz verschiedener Irrenanstalten mit sehr differenten Behandlungsmethoden.

3. Beseitigung der Ursachen.

§. 580.

In der That, die Beobachtung zeigt, dass sehr viele Fälle frischer Erkrankung ohne viele positive Behandlung, durch ein Verfahren, das sich auf Abhaltung aller schädlichen Einflüsse beschränkt, von selbst in Genesung übergehen. In dieser Beziehung bietet sich zunächst die causale Indication, die möglichste Beseitigung der Momente, durch deren Zusammenwirken die Krankheit entstanden ist, dar, und wenn hier die Aetiologie allerdings eine Anzahl wichtiger Ursachen aufweist, deren Entfernung niemals in der Hand des Arztes liegt (vgl. das zweite Buch), so genügt es doch oft, eines der schädlichen Momente, seien es anderweitige Erkrankungen oder ungünstige psychische Einflüsse, zu beseitigen, um ihre gegenseitige Verkettung, aus der die Krankheit entstand, dauernd zu lösen. Man wird sich daher immer zuerst nach Mitteln und Wegen umzusehen haben, um den Kranken den Einflüssen zu entziehen, welche an seiner Erkrankung Schuld waren. Das Verfahren zu diesem Ende ist verschieden genug. Die Beseitigung der

körperlichen Ursachen (§§. 222—242) hat nichts von sonstiger Behandlung dieser Zustände Abweichendes; eine vorzügliche Aufmerksamkeit dabei ist auf Alles, was Kopfcongestion setzen kann, und ebenso auf alle Momente zu richten, welche, sei es durch directe Ueberreizung, sei es durch Herabsetzung der allgemeinen Ernährung und Körperkraft, durch Erschöpfung irgend welcher Art, zu Ursachen nervöser Irritationszustände werden können. — Die Beseitigung der psychischen Ursachen besteht zum grössten Theile nur darin, dass ihr Weiterwirken gehindert, dass ihnen der Kranke für jetzt entzogen wird. Dies kann gewöhnlich nur geschehen durch eine radicale Umänderung seiner ganzen äusseren Lage, durch Entfernung aus den bisherigen Lebensverhältnissen, und dies umso mehr, wenn der Kranke in ihnen immer noch stets neue Anlässe zu Verstimmung und widrigen Affecten findet; aber auch da, wo er selbst sich ihrer schädlichen Einwirkung durchaus nicht bewusst ist, muss er um jeden Preis der steten Wiederholung der Eindrücke, welche die Erkrankung erzeugten, entzogen werden. Zu grossem Theile fällt dies mit der wichtigen Indication einer sorgfältigen Regulirung der Verhältnisse von Ruhe und Thätigkeit des Gehirns (s. den folgenden Paragraphen), einem der Schlüssel zum Verständnisse der ganzen Irrentherapie, zusammen.

4. Ruhe und Thätigkeit des Gehirns.

§. 581.

Wie bei allen anderen Organen ein gehörig regulirtes Maass von Ruhe und Thätigkeit zu den wichtigsten Heilmitteln gehört, so auch bei den Krankheiten des Gehirns. Für alle frischen, acuten Erkrankungsfälle ist das erste Erforderniss eine absolute Ruhe des Gehirns, die Abhaltung der meisten, auch sonst gewohnten, noch mehr natürlich aller stärkeren oder positiv schädlichen Reize. Der Erkrankende sucht auch instinctiv diese Ruhe, er entzieht sich jedem lebhafteren psychischen Eindruck, jedem Lärm, jedem anstrengenderen Gespräch — lauter Dinge, die ihm jetzt schmerzhaft werden, — und sucht die Einsamkeit. So ist hier jeder Versuch vergeblich oder schädlich, dem beginnenden Versinken in Dysthymie etwa äussere, besonders rauschende, lärmende Zerstreuungen entgegenzusetzen, von denen der Kranke jetzt nur peinliche Eindrücke erhält; noch schädlicher ist es, wenn dem Kranken mit eindringlichem Zureden, Ausfragen, Ermahnungen zugesetzt wird; schon die früher gewohnte, ja zum Bedürfniss gewordene geistige Thätigkeit wirkt jetzt meist irritirend, und nur ein Rückzug aus dem gewohnten Lebenskreise, Einsamkeit und vollständige Ruhe des Gehirns kann solchen Kranken, die von Allem viel zu heftig psychisch berührt werden,

wohlthun. Je nach der Beschaffenheit des Falles und den äusseren Umständen kann dieser Indication durch blosse Versetzung in stille, friedliche und zugleich wohlthuend ansprechende Aussenverhältnisse genügt, andere Male muss ihr durch strengste Abschliessung von allem Verkehr, ja sogar durch Abhaltung aller Ton- und Lichteindrücke entsprochen werden, — das letztere besonders in frischen Exaltationszuständen, zuweilen auch im Beginn und auf der Höhe der Dysthymie. Eigentlich verdunkelte Zimmer passen übrigens nur für ganz wenige Fälle; die Dunkelheit befördert bekanntlich sinistere Vorstellungen in auffallender Weise. Wie aber nach Ablauf der acuten Periode bei den meisten Krankheiten ein Zeitraum eintritt, wo das erkrankte Organ allmählich wieder in Thätigkeit treten soll, und wo es nur durch rückkehrende, wohlgeleitete Functionirung seine frühere, normale Kraft wieder gewinnen kann, so kommen auch hier Zeiten, wo weitere, tiefe Ruhe schädlich wäre, und wo dem psychischen Leben, um es vor Stillstand und Versinken zu bewahren, eine neue, kräftige Thätigkeit nach der normalen Richtung Noth thut. Beim schon Genesenden stellt sich ein solches Bedürfniss von selbst ein; aber in sehr vielen Fällen muss es, am Ende der acuten Periode und bei eingetretener äusserlicher Beruhigung, erst geweckt, ja energisch aufgerüttelt werden. Aus Gewohnheit fährt oft der Kranke fort, sich gegen die gesunde psychische Erregung, noch mehr gegen gesunde Selbstthätigkeit zu sträuben, während er doch erst durch den Wiedergebrauch und die Uebung seiner Kräfte wieder die alte Stärke und gesunde Richtung erlangen kann, und manche Kranke genesen nicht, weil in dieser oft kurzen und immer wohl zu benutzenden Zeit ein energisches Einschreiten versäumt wurde. Denn wenn bei einzelnen solchen Kranken diese Indication schon durch angenehme Sinneseindrücke, durch Besuche, Wiedereintritt in die Gesellschaft, leichte Beschäftigung etc. erfüllt werden kann, so bedarf es hier bei Anderen oft des Zwanges, um sie aus ihrem psychischen Torpor herauszureissen, und der ganze Umfang der psychischen Therapie ist besonders in solchen Fällen aufzuwenden. Bei Besprechung dieser im 4. und 5. Capitel das Nähere hiervon.

Es besteht hier wieder eine auffallende Uebereinstimmung der Heilgrundsätze mit dem Verfahren, welches sich auch in den übrigen Nervenkrankheiten als nützlich erwiesen hat. In allen acuten Reizungszuständen irgend einer Nervenprovinz lassen wir sorgfältig die von dem Kranken selbst instinctiv gesuchte Ruhe beobachten. In vielen chronischen Nervenleiden, z. B. Zuständen von hysterischer Muskelschwäche, dagegen schonen wir das vorhandene Schwächegefühl nicht; wir wissen vielmehr, wie nur mit Ueberwindung desselben, indem der Kranke, oft Anfangs halb gezwungen, die Muskulatur in allmählicher Steigerung wieder übt und anstrengt, die normale Innervation wieder eingeleitet und hergestellt wird. Brodie hat mehrfach bei der Behandlung der neuralgischen und subparalytischen Zustände der Extremitäten hierauf aufmerksam gemacht.

ZWEITES CAPITEL.
Die Prophylaxis.

§. 582.

Die Prophylaxis ist ebenso wichtig, als die Bekämpfung der bereits vorhandenen Krankheit. Eine anstrengende, nützliche Beschäftigung vermag sehr wohl in manchen Fällen die Geisteskrankheit im Keime zu ersticken, mindestens tritt eine wesentliche Besserung, eine grössere Besonnenheit im ganzen Wesen des Geisteskranken ein, trotz der vielleicht schon oder noch vorhandenen Idées délirantes. Bisweilen scheint ein Wechsel des Berufes geboten zu sein; besonders wenn derselbe in einem stetigen Streben und Jagen zu selbstsüchtiger Bereicherung mit Hintansetzung des allgemeinen Wohles besteht, kann derselbe ein bedenklicher Keim wirklicher Geisteskrankheit werden.

Ein weiteres prophylaktisches Mittel ist die Versetzung des Kranken in eine andere Atmosphäre, die Verlegung des Wohnsitzes in eine Gegend, deren Verhältnisse den früheren, die Krankheit fördernden, entgegengesetzt sind. Dieses gilt namentlich dann, wenn die Krankheit bedrohliche Fortschritte macht.

Die an das Wort „Irrenanstalt“ geknüpften Vorurtheile müssen fallen, wenn es gilt, den offenbar Geistesgestörten gut unterzubringen. Ein grosses Gewicht ist auf die Diätetik des Körpers zu legen: Pflege der Haut, ihre Stärkung durch kalte Waschungen und Bäder, häufiger Aufenthalt in guter Luft, gymnastische Spiele, vernünftiges Turnen. Es muss aber Ausdauer und Methode beobachtet werden; der Erfolg bleibt aus, wenn Unterbrechungen stattfinden. Ferner bahnt gesunde Kost den Weg zu einem reizungslosen Stoffwechsel. Bei chronischen Verdauungsbeschwerden entsteht häufig Verstimmung des allgemeinen Gefühls. Richtiger Wechsel zwischen Erholung und Arbeit hat den grössten Einfluss auf die Gesundheit des Körpers. Zur Erholung gehört namentlich der Schlaf zur richtigen Stunde und von richtiger Dauer. Schädlichkeiten, aus denen sich Irrsinn entwickeln kann, z. B. der vererbten Anlage zu sexuellen und alkoholischen Excessen, muss vorgebeugt werden. Häufig ist so der Arzt in der Lage, hereditär belastete Individuen vor der drohenden Erkrankung zu bewahren durch Abschwächung der Disposition und Hervorrufung einer grösseren Widerstandsfähigkeit gegen krank machende Einflüsse.

Eine Heirath von Geisteskranken ist bei schon bestehender Geistesstörung, besonders bei jenen Formen, die auf psychische Entartung hinweisen, vom ärztlichen Standpunkt aus unbedingt zu widerrathen. Eine blosse Disposition schliesst noch keine Contraindication

in sich. Ein weiterer bedeutsamer Punkt, bei welchem die Prophylaxe einzusetzen hat, ist die Erziehung, die Ueberbürdungsfrage und der Kampf gegen den Alkohol.

Vorzugsweise kommt es bei Personen, welche man für zum Irrewerden disponirt halten muss, auf eine wohlgeordnete, psychische und leibliche Diätetik an. Schon in der Erziehung müsste alle Ueberanstrengung des Gehirns vermieden, dagegen die Ausbildung und Uebung der körperlichen Kräfte im Auge behalten werden; Alles, was ein Vorherrschen der Phantasie, was körperliche und gemüthliche Weichlichkeit, was eine zu frühe Entwicklung des Geschlechtstriebes veranlassen könnte, müsste entfernt gehalten, es müsste immer so viel als möglich auf die einfachsten, geordnetsten äusseren Lebensverhältnisse, auf Vermeidung anhaltender Leidenschaften, auf Gewöhnung an Unterordnung unter objectiv gegebene Verhältnisse gesorgt werden. Damit sind freilich, wie Flemming mit Recht bemerkt, nicht abstracte Ermahnungen zum „Weisesein" gemeint, welche nur geringen Stand halten, wenn sich stürmische Bewegungen aus der in der Tiefe erschütterten Seele erheben, sondern die Kraft zum Widerstande gegen Leidenschaft und Seelenschmerz beruht vor Allem auch auf einer kräftigen, widerstandsfähigen Organisation, also auf Erhaltung der ganzen leiblichen Gesundheit, auf sorgfältiger, unverdrossener Beseitigung aller zum Chronischen tendirenden Erkrankungen, und die Mittel hierzu, wenngleich zum grössten Theile diätetischer Art, müssen in den einzelnen Fällen sehr verschieden ausfallen (cf. Engelken l. c. p. 353). Man vergleiche über die Behandlung neurasthenischer Kinder §. 515, 1—6.

DRITTES CAPITEL.

Somatische Behandlung.

Einleitung.

§. 583.

Vor gröberen therapeutischen Illusionen wird die Erinnerung daran schützen, dass viele Geisteskranke bei einer nur nicht positiv schädlichen Behandlungsweise von selbst genesen; der Gedanke an etwaige Specifica gegen das Irresein im Ganzen, gegen die Hyperthymie, die Dysthymie etc., wird sein Gegengewicht in der Erwägung finden, wie ausserordentlich verschieden in Bezug auf den anatomischen Gehirnzustand und auf die Pathogenese die Erkrankungen sind, welche die Symptome des Irreseins geben. Gegenstand der somatischen Therapie sind zunächst die noch fortbestehenden Krankheitsprocesse, welche die Entwicklung der Gehirnkrankheit einleiteten, mit hauptsächlicher Rücksicht auf Circulations- und Respirationsorgane, auf die Blutbeschaffenheit, die Secretionen, auch auf die Darmschleimhaut und die Genitalien. Die Behandlung der hier sich findenden Anomalieen hat keine besonderen Eigenthümlichkeiten. Man hüte sich einerseits vor einer nicht genügend begründeten, durch theoretische Voraussetzungen suggerirten Annahme solcher Störungen, um nicht Gefahr zu laufen, nur seine eigenen Hypothesen zu bekämpfen.

Man beachte aber auch andererseits, wie bei Geisteskranken die Auffindung körperlicher Störungen oft ausserordentlich erschwert ist, insofern viele Kranke sich wenig oder gar nicht über ihre Empfindungen aussprechen, und eben wegen der Gehirnaffection manche sonst gewohnte, namentlich subjective Symptome (z. B. bei Phthisis, Pneumonie) ganz fehlen. Um so sorgfältiger ist natürlich eben die objective Diagnose zu üben. Wo sich in pathogenetischer Beziehung keine rationellen Indicationen ergeben, ist ausschliesslich der gegenwärtige Krankheitszustand des Gehirns Gegenstand der somatischen Behandlung, und es wird je nach der wahrscheinlicher oder sicherer anzunehmenden Gehirnirritation, Gehirnhyperämie, Gehirnentzündung direct gegen diese Zustände in durchaus ähnlicher Weise, wie unter anderen Verhältnissen, verfahren.

Bei dem Gebrauch von Arzneien wird nicht selten das verbreitete Vorurtheil dem Kranken schädlich, dass es bei Irren immer bedeutend grösserer Arzneidosen bedürfe, als in sonstigen Krankheiten. In vielen Fällen sieht man gar nichts dergleichen, in anderen ist die Toleranz nur scheinbar stärker, indem der Kranke manche widrige Wirkungen (z. B. Ekel) verschweigt, im Sturme des Deliriums nicht appercipirt oder aus krankhaftem Eigensinn sie ohne Klagen erträgt, während die Wirkung auf die Organe, z. B. die Erosion der Magenschleimhaut durch grosse Gaben Tartarus stibiatus, keineswegs ausbleibt; nur in wenigen Fällen braucht man ungewöhnlich hohe Gaben von einzelnen Mitteln, namentlich Purgantien und Narkoticis; da hierin grosse individuelle Verschiedenheiten vorkommen, und sich der Erfolg nicht a priori schätzen lässt, so müssen immer zuerst mässige Gaben versucht, und von diesen — allerdings zuweilen rasch — der Uebergang zu den stärkeren gemacht werden.

Im Allgemeinen ist eine specielle somatische Behandlung weit nothwendiger in den frischen als in den alten verschleppten Zuständen von Irresein. Die letzteren Fälle, wo so häufig das leibliche Befinden gar keine Störung zeigt, geben weder bestimmtere Indicationen zu Arzneimitteln, noch hat sich deren empirische, versuchsweise Anwendung nur im Geringsten nützlich gezeigt. Doch giebt es Fälle, wo es auch ohne alle rationelle Indicationen vortheilhaft ist, dem Kranken Arzneien, natürlich nur durchaus indifferenter Art, zu verabreichen, um ihm zu zeigen, dass er wirklich als krank betrachtet wird, um seine Hoffnung zu erhalten und ihm eine stete ärztliche Fürsorge zu beweisen. Hier dienen die Arzneien als psychische Mittel: so z. B. bei sehr misstrauischen Kranken, welche die Irrenanstalt für ein Staatsgefängniss, einen Ort für Verbrecher und dergleichen erklären, bei Hypochondristen etc. — Unter den Mitteln der somatischen Therapie sollen im Folgenden nicht alle aufgeführt werden, welche überhaupt einmal indicirt sein können, sondern nur diejenigen, welche mit directem Bezuge auf die Gehirnkrankheit theils sich entschieden nützlich zeigen, theils der Art der Symptome nach als besonders indicirt erscheinen können.

I. Behandlung durch beruhigende Mittel.

A. Medicamentöse Beruhigungsmittel.

I. Narkotica.

§. 584.

a. Opium. Opium ist schon seit langer Zeit sowohl innerlich wie auch in subcutaner Anwendung bei der Behandlung Geisteskranker gebraucht worden, und dass es heute noch in grosser Ausdehnung angewandt wird, ist ein Beweis für den Erfolg, den man durch dasselbe erzielt.

Der eine Theil der Psychiater ist mehr für die innere Darreichung in Pillen oder Tropfen, Andere, denen ich mich lieber anschliessen möchte, wenden es subcutan als Extractum opii aquosum, mit der Anfangsdosis von 0,05 g, an. Ich gebe deshalb der letzteren Anwendung den Vorzug, weil man die Dosirung genau in der Hand hat, zweitens weil dadurch keine Dyspepsie hervorgerufen wird, drittens weil man sehr häufig in die Lage kommt, sei es bei erregten Kranken, oder bei solchen, welche infolge von Vergiftungshallucinationen schon das gewöhnliche Essen an und für sich schwer oder gar nicht zu sich nehmen, — geschweige denn irgend etwas, was einen bitteren Beigeschmack hat —, allein die subcutane Anwendung vornehmen zu können.

Neben der beruhigenden, die psychischen Hyperästhesieen und Angstzustände herabsetzenden Wirkung, ist es vor allen Dingen bei jenen Formen indicirt, welche sich auf der Basis einer schweren Anämie entwickelt haben. Die neurotrophische Wirkung des Opiums ist in den letzten Fällen durch kein anderes Medicament zu ersetzen. Was man von der Stuhl verstopfenden Wirkung berichtet, kommt bei vielen Fällen gar nicht in Betracht, denn sobald man bei ihnen einige Zeit hindurch Opium in steigender Dosis giebt, treten geradezu diarrhoische Zustände ein.

Nach Ziehen sind bei Erregungszuständen Hyoscin und Bromsalze vortheilhafter als Opium. Die beruhigende Wirkung des Opiums wird erreicht, sobald man bei mittleren Dosen (0,06—0,2) 2 Mal täglich angelangt ist, zuweilen muss man freilich bis auf 0,5 und höher 2 Mal täglich steigen. Nie höre man plötzlich mit der Darreichung auf. Eine allmähliche Abgewöhnung ist leicht. Minimale und verzettelte Dosen taugen Nichts bei der Opiumbehandlung. Contraindication bildet starke venöse Hyperämie des Gehirns, andauerndes hohes Fieber, grosse körperliche Decrepidität, Herzschwäche; seine Nebenwirkungen sind Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit; auch andauernde Verstopfungen wurde von Ziehen wiederholt beobachtet.

Ziehen giebt das Opium in der Regel täglich in 3 Dosen von je 0,05—0,1 ein und steigt um 0,05 pro die. Er giebt 1,0 und auch 1,5 pro die und diese Dosen unter Umständen Wochen lang fort. Extract. op. 0,075 entspricht 0,1 op. pur., die Lösung ist 1,0 : 20,0.

Bei Dysthymie war der Erfolg sehr gut: 79 % Genesung. Auch bei den senilen Depressionszuständen wirkt das Opium ganz vorzüglich. Dagegen ist beim katatonischen Stupor das Opium allein weniger nützlich, wohl aber, wenn daneben Kampher (0,05—0,1) mehrmals täglich gegeben wird.

Bei der Paranoia mit Hallucinationen wird Opium in Dosen von 0,2—0,6 pro die mit grossem Nutzen gegeben, solange Reizsymptome vorhanden sind. (86 % Genesung.)

In 15 Fällen von protrahirter, 4—7 Monate dauernder Hyperthymie erzielte Jolly mit 3 Mal täglich 10 Tropfen Opiumtinctur, welche Dosis er allmählich auf 3 Mal täglich 40 Tropfen erhöhte, Nachlass der Ideenflucht und des Bewegungsdranges bei zehn Fällen. Fünf Kranke vertrugen das Opium nicht, bei $^1/_3$ der Fälle trat Genesung ein.

§. 585.

b. Morphium. Es hat eine Zeit gegeben, und auch heute giebt es noch Irren-Anstalten, in denen man glaubte und noch glaubt, in dem Morphium dasjenige Mittel gefunden zu haben, welches Ruhe in den schweren Abtheilungen hervorrufen sollte. Was man sich dabei dachte und was man sich noch dabei denkt, ist mir nicht recht verständlich, denn dasjenige, was das Opium neben seiner beruhigenden Wirkung vor allen Dingen empfiehlt und ihm eine der hervorragendsten Stellen in der Therapie der Irreseinszustände sichert, nämlich die neurotrophische Wirkung, fällt bei dem Morphium vollständig fort. Zweitens tritt bei nur einigermaassen langer Dauer auch Gewöhnung an das Morphium ein und erfordert eine stetige Steigerung der Dosis. Diese beiden Punkte könnten allenfalls sich rechtfertigen lassen, jedoch ist es bei dem bekannten schädlichen Einfluss des Morphiums auf die psychischen und vegetativen Vorgänge im Körper nach meiner Ansicht ein Kunstfehler, mit diesem zweischneidigen Mittel leichtfertig zu verfahren.

Eine einmalige Anwendung des Morphiums, und zwar dann gleich eine grosse Dosis wird jeder Zeit seine Vertreter finden, und ich schliesse mich in diesem Punkte vollständig der Ansicht v. Krafft-Ebing's an, welcher es bei dysthymischen Zuständen, die mit Neuralgie oder vasoparetischen Symptomen verbunden sind, anwendet. Er giebt es ferner bei Paranoia mit Hyperästhesieen und neuralgischen Sensationen, ferner bei Hallucinationen, welche aus einer gesteigerten Empfindlichkeit

der akustischen Centren hervorgegangen sind, drittens bei abklingen der Hyperthymie, bei den zornigen Affecten Schwachsinniger, viertens bei intercurrenten, fluxionären, maniakalischen Aufregungszuständen der Paralytiker, die mit Gefässlähmungen einhergehen. Die Dosis ist 0,03—0,05.

c. Brom. Ein weiteres beruhigendes Mittel ist das Brom in seinen verschiedenen Salzen. Eine Verbindung von Bromkalium, Bromnatrium und Bromammonium setzt, in der richtigen Dosis verordnet, die Reflexerregbarkeit des Centralnervensystems herab; daher wird man es bei allen denjenigen Affectionen geben, welche gewissermaassen unter die Gruppe der Reflex-Psyschosen zu rechnen sind (cf. diese).

Bei der Epilepsie verringern die Brompräparate nur die Zahl und Intensität der Anfälle. Mit dem Aussetzen des Medicamentes tritt die Krankheit mit der früheren Heftigkeit, bisweilen sogar stärker wieder hervor. Die geringste Dosis beträgt 6,0 g, die Maximaldosis 15,0 g, am besten als Erlenmeyer'sches Bromwasser gegeben. Die grosse Flasche enthält 10 g.

Grosse Gaben der Bromsalze können schon bei kürzerer Anwendung Abnahme des Gedächtnisses, Unsicherheit der Bewegungen, Apathie hervorrufen, ebenso kleinere Dosen, die lange Zeit fortgesetzt werden. Das Auftreten der Bromakne, sowie starker Foetor ex ore, fortschreitende Abmagerung sind Zeichen zur Unterbrechung. Bisweilen vermag das Bromkalium auch periodisch auftretende Aufregungszustände zu compensiren, namentlich wenn dieselben mit der Periode in Verbindung stehen und von kurzer Dauer sind (v. Krafft-Ebing l. c. p. 298).

d. Hyoscyaminum hydrochloricum erzeugt in subcutaner Gabe von 0,001 mit kaum übertroffener Sicherheit einen nach 10—15 Minuten eintretenden tiefen Schlaf. Bei grösseren Gaben scheinen Uebelkeit, Respirationsstörungen, selbst Delirien und Collapszustände auftreten zu können. Die Narkose wird eingeleitet durch Benommenheit des Kopfes, Trockenheit im Halse, Unsicherheit beim Gehen und eine hochgradige Mydriasis, welche nachher noch mehrere Tage, selbst Wochen andauert. Es ist überall dort anzuwenden, wo die dringende Nothwendigkeit besteht, schnell Beruhigung und Schlaf zu verschaffen; daher ist es sehr geeignet, beim Transport von sehr erregten Kranken als Beruhigungsmittel zu dienen. Zu längerem Gebrauch ist es nicht zu empfehlen, man muss überhaupt äusserst vorsichtig in der Anwendung dieses Sedativums sein. Die Dosis ist 0,005—0,02! subcutan, innerlich bis zur doppelten Höhe. Als Antidot giebt man Morphium.

Das Hyoscin in der Form des Hyoscinum hydrobromicum, H. hydrojodicum u. H. hydrochloricum subcutan in wässeriger

Lösung von 0,0002 pro dosi bis zu 0,002 pro die angewendet, wirkt wie Atropin erweiternd auf die Pupille und vermindert die Schweiss- und Speichelsecretion. Rabow empfiehlt es gegen Asthma, Keuchhusten, Enteralgie, als Mydriaticum, Antiepilepticum, gegen die Schweisse der Phthisiker, ferner gegen Chorea, Paralysis agitans, Tremor (0,2—0,3 mg) und bei Aufregungszuständen der Geisteskranken. Bei letzteren kommt es weniger als Heilmittel wie als Beruhigungsmittel in Betracht. „Tobsüchtige Irre, die beständig isolirt werden mussten, und auf welche die anderen Beruhigungsmittel wenig oder gar keine Wirkung hatten, beruhigten sich auf eine minimale Dosis Hyoscin (1/3—1/2 mg) auffallend schnell, und ohne dass dabei störende Nebenwirkungen in Betracht kamen. Das Mittel wurde ausnahmslos gern genommen und gut vertragen. Bei Gewöhnung an dasselbe wurde die Dosis allmählich erhöht. Bei Epilepsie, sowie bei den Angstzuständen der Melancholiker und Alkoholiker hatte das Mittel keinen Einfluss, dagegen war der Erfolg in einem Falle von Delirium tremens nach Einnahme von 16 Tropfen der Hyoscinlösung (2/3 mg) ein überraschend günstiger. Als Schlafmittel ist es wegen der verhältnissmässig grossen Dosen (20—25 Tropfen), die hierzu erforderlich sind, nur ausnahmsweise anzuwenden. Die innere Verabreichung (mit Milch und Fleischbrühe, pro dosi höchstens 2, pro die höchstens 3 mg), verdient vor der subcutanen in den meisten Fällen den Vorzug. Von Nebenerscheinungen sind zuweilen Trockenheit im Halse, Durstgefühl, Leibweh, Mydriasis etc. bei lange fortgesetztem Gebrauch des Hyoscins wahrgenommen worden“ (Rabow, l. c. ref. Centrbl. f. Nervenh. 1889, No. 22).

Vorzüge des Hyoscins sind leichte Löslichkeit und absolute Geschmacklosigkeit, Herabsetzung der Speichel- und Schweisssecretion und bei kleinen Dosen grosse Billigkeit. Es ergiebt sich also kurz zusammengefasst über die Wirkung des Hyoscins Folgendes:

„1) Das H. hydrochloricum kann als Sedativum bei hochgradig Erregten oder Maniakalischen erfolgreich angewendet werden. 2) Da sich die Wirkung des H. bereits nach 0,5 mg einstellt, sind grössere Dosen zu meiden, obwohl man bis 1 mg pro dosi steigen kann. 3) Bei solcher Dosirung vermag man keine schädliche Einwirkung des Mittels wahrzunehmen. 4) Auch als Hypnoticum bewährt sich das Hyoscin, doch möge es in Anbetracht seiner deprimirenden Wirkung auf den Organismus nur dort angewendet werden, wo andere Mittel zu keinem Ziele führen“ (Fischer, l. c. ref. Centrbl. f. Nervenh. etc. 1889, No. 22). Bei frischen Psychosen ist die Anwendung des Mittels einzuschränken, während es sehr wohl bei heruntergekommenen Kranken, selbst in grösseren Dosen angewandt werden kann, das Fehlen jeglicher Complication von Seiten des Herzens vorausgesetzt.

e. Das Cocaïnum muriaticum findet nur in der Behandlung des Morphinismus chronicus seine beschränkte Anwendung.

f. Schlafmittel siehe bei Behandlung der Schlaflosigkeit (§§. 614 bis 616).

2. Antaphrodisiaca.

§. 586.

Wenn man sich von diesen Mitteln viel verspricht, so wird man ziemlich enttäuscht sein von dem geringen Erfolge, den dieselben auf das Sexualsystem der Menschen ausüben. Belladonna, Lupulin, Kampher, Brompräparate, Opiate sind alles Mittel, die gegen zu heftigen Sexualreiz empfohlen werden. Ich habe selbst bei dauernder und ziemlich stark dosirter Anwendung dieser Mittel, speciell des Lupulins keine rechte Wirkungen gesehen. Brom und Opium machen nach längerer Anwendung so somnolent und benommen, dass man sie nur auf Kosten des ganzen übrigen Centralnervensystems geben kann. Die besten Mittel sind kalte Waschungen, kalte Sitzbäder, Abreibungen, Ermattung durch körperliche, starke Strapazen, Vermeidung gewürzter Speisen und starken Weines neben sorgfältiger Ueberwachung der Kranken und geeigneter psychischer Behandlung.

3. Tonica.

§. 587.

Eine tonisirende Behandlung wird man bei allen denjenigen Fällen anwenden, in denen die Psychose in körperlicher Schwäche, Blutarmuth, überhaupt in constitutionellen Dyskrasieen begründet ist. Man vermeide möglichst Medicamente und lege hauptsächlich, wie v. Krafft-Ebing treffend bemerkt, auf gute Küche, guten Keller, gute Luft, neben allgemeiner Hydrotherapie und Faradisation, den Hauptwerth.

B. Physikalische Beruhigungsmittel.

§. 588.

1. Hydrotherapie. Warme und laue, besonders verlängerte, 3—4 Stunden dauernde Bäder sind für die Behandlung von Aufregungszuständen sehr werthvoll, man kann sie auch mehrere Male täglich anwenden. Abends haben sie häufig eine Schlaf machende Wirkung. Bei Congestionszuständen sind kalte Berieselungen oder Eisumschläge auf den Kopf anzuwenden. Bei schwächlichen Individuen werden die Vollbäder durch nasse Einwicklungen des ganzen Körpers ersetzt, je-

doch nicht länger als einige Stunden, weil Collaps zu befürchten ist. Sanfte Regendouchen, kalte Abreibungen empfehlen sich für nervöse und hysterische Kranke, bei denen noch kalte Sitzbäder hinzugefügt werden. Bei Menstruationsbeschwerden mit Empfindlichkeit der Wirbelsäule wendet man den mit Eis gefüllten Chapmann'schen Schlauch an (cf. Kraepelin l. c. p. 187).

Nützlich ist die Application von Eis oder doch der kalten Umschläge, welche die Kranken oft selbst eifrig wiederholen, in vielen Exaltationszuständen mit heissem Kopf, klopfenden Halsarterien etc.; und besonders passend ist die Anwendung der Kälte auf den Kopf während allgemeiner lauer Bäder, entweder als Umschlag oder als mildes Regenbad, als sehr langsame Begiessung aus ganz geringer Höhe. Die grosse Ruhe in den nächsten Stunden nach einem solchen Bade und die dem Kranken selbst oft auffallende Erleichterung kann eine täglich mehrmalige Anwendung indiciren, mit welcher man der Agitation, sobald sie sich wieder steigern will, jedes Mal zuvorzukommen sucht. Insolation, Kopfverletzung, drohende Apoplexie mit dem Zeichen der Congestion machen die Anwendung der Kälte auf den Kopf besonders dringlich. —

Dagegen sind die Bäder der verschiedensten Art von grosser, allgemeiner und bei zweckmässigem Gebrauche äusserst wohlthätiger Anwendung in denjenigen Hirnstörungen, welche den Geisteskrankheiten zu Grunde liegen. Seltener, namentlich bei jüngeren Individuen weiblichen Geschlechts, bei Hysterischen sind die kalten Bäder — am besten Flussbäder — indicirt; von allgemeinster und nützlichster Anwendung sind vor allem die lauen Bäder, sowohl in den älteren, als namentlich in den frischen Fällen; ausser ihrer reinigenden und erfrischenden Wirkung kommt ihnen, wie es scheint, ebenso durch die gleichförmige, mässige Erregung aller Hautnerven, als durch die Verlangsamung und Regulirung der Respiration und des Herzschlags ein ausgezeichneter beruhigender Effect in diesen Krankheiten zu. Gewöhnlich werden sie nur ½—1 Stunde lang genommen; für manche frische Erkrankungsfälle mit grosser Aufregung reicht diese Zeit nicht hin, und es sind hier die von Brierre zuerst methodisirten langen, mehrstündigen Bäder (natürlich mit Sorge für gleichmässige Erhaltung ihrer Temperatur) in der That ein sehr nützliches Mittel. Solche passen dagegen durchaus nicht bei chronischen Zuständen, bei älteren, geschwächten, kachektischen Personen, bei schwachem Puls, bei Epilepsie und beginnender Paralyse. — Oft führt nur das Bad den lange vermissten Schlaf herbei, oft scheint es die Fixirung der Gehirnhyperämie zu verhindern und da sich die Kranken meist gern zu diesem Mittel verstehen, so dürfte sich gegen seinen Gebrauch — ausser bei Phthisis, beträchtlicher Blutarmuth und namentlich bei der beginnenden oder schon bestehenden allge-

meinen Paralyse — kaum irgend eine Contraindication ergeben. Nach Umständen sind Zusätze von Schwefel, Eisen, aromatischen Pflanzen u. dgl. passend. Fussbäder endlich unterstützen in manchen Fällen das vom Kopfe ableitende Verfahren.

Auf die Gefahren für Geisteskranke bei Kuren in den Kaltwasserheilanstalten ist schon von Flemming, Erlenmeyer, Damerow, Sponholz und von dem Verfasser vielfach hingewiesen worden; namentlich wird die schnelle Exacerbirung der classischen Paralyse durch diese gewaltsamen Proceduren erfahrungsgemäss beschleunigt. Trotzdem kommt die Verkehrtheit, Geisteskranke statt in eine Irrenanstalt in eine Kaltwasserheilanstalt zu schicken, noch alle Tage vor. — Dass deshalb doch in einzelnen Fällen zu vorübergehender Anwendung kalte Sitzbäder, nasse Einwicklungen, besonders aber kalte Waschungen und Abreibungen des Körpers bei Geisteskranken nach speciellen Indicationen Anwendung finden können, versteht sich von selbst.

2. Anwendung der Elektrotherapie. Die besten praktischen Dienste leistet die elektrische Behandlung (Galvanisation des Kopfes, allgemeine Faradisation mit der Rolle, elektrische Bäder) unzweifelhaft in hysterischen und neurasthenischen Zuständen (cf. Therap. d. Neurasth. §. 515, 10, p. 822).

3. Massage ist bei gewissen Formen der hysterischen und neurasthenischen Psychosen, sowie in der Reconvalescenz zu empfehlen. Auch bei der Dysthymie leistet die Massage in Verbindung mit allgemeiner Faradisation gute Dienste, besonders in Verbindung mit der Weir-Mitchell-Kur (vgl. Therapie der Neur. §. 515, 12 und 13 p. 823—825).

C. Diätetische Beruhigungsmittel.

1. Jeder Geisteskranke bedarf einer regelmässigen, gut bemessenen Zufuhr kräftiger, aber nicht reizender, nicht scharf gewürzter Nahrungsmittel, besonders wo schwächende Momente der Psychose vorausgegangen sind, und wo eine gesunkene Ernährung zu erkennen ist. Bei Vernachlässigung der Nahrungsaufnahme von Seiten des Patienten ist auf ein regelmässiges Einhalten der Mahlzeiten zu achten und jeder beginnenden Verdauungsstörung sogleich entgegenzuarbeiten. Die Kost muss leicht verdaulich und möglichst nahrhaft sein. Die Obstipation ist durch Eingiessung zu bekämpfen; dazu kommt die Regelung der gesammten Lebensweise, reichliche Bewegung in frischer Luft, körperliche und psychische Anstrengung vermeidende Beschäftigung, vorzüglich Gartenarbeit.

2. Das Princip der Mastkur ist, eine möglichste Beschleunigung des Stoffwechsels durch überreichliche Ernährung bei gleichzeitiger Muskelarbeit ohne active Anstrengung zu veranlassen (cf. Therap. d. Neur. Weir-Mitchell-Kur §. 515, 13, p. 824, 825).

3. Eine weitere diätetische Beruhigung besteht in der Bettlagerung, namentlich bei anämischen und schwächlichen Kranken, die durch ängstliches Herumlaufen ihre Kräfte erschöpfen.

4. Von energischer Wirkung, aber mit grosser Vorsicht ist die Isolirung, die völlige Abschliessung von der Umgebung zu handhaben. Es giebt drei Indicationen für die Isolirung: a) Zustände von psychischer und sensorieller Hyperästhesie, hochgradige Reizbarkeit des Kranken, welcher einen Contact mit der Aussenwelt nicht verträgt und dadurch beständig aufgeregt wird, so auf der Höhe der depressiven und exaltirten Agitation. b) Lärmende, directionslose Agitation. c) Neigung zu Gewaltthaten und Zerstörung. Die Isolirung darf nur so lange bestehen, als sie absolut nothwendig ist, da sich sonst Verblödung des Kranken in Verbindung mit üblen Angewohnheiten, wie Unreinlichkeit, Onanie herausbildet. Der Isolirraum muss bei hochgesteigerter Hyperästhesie der Sinnesorgane gegen das einfallende Tageslicht geschützt werden, bei Hallucinirenden und sehr Aengstlichen dagegen muss das Zimmer möglichst hell gehalten werden (cf. Kraepelin l. c. p. 191).

II. Somatische Diätetik.

§. 590.

Die somatische Diätetik ist ein Hauptpunkt in der ganzen Behandlung der Geisteskrankheiten. In allen jenen Fällen, wo wir es mit chronischen Krankheiten zu thun haben, welche erst spät oder gar nicht zur Heilung gelangen, besteht fast die ganze Therapie in der richtigen Pflege des Körpers.

Die Nahrung muss eine passende, kräftige, dabei leicht verdauliche sein. Bei dem herabgesetzten Stoffwechsel, bei dem blossen Vegetiren sehr vieler Kranker treten sehr häufig Verdauungsstörungen ein, wenn man nicht auf eine reizlose Diät, welche dabei doch die zum Aufbau des menschlichen Körpers nothwendigen Bestandtheile enthalten kann, sein Augenmerk richtet.

Eine zweite Hauptbedingung zur Erhaltung des menschlichen Organismus ist reichliche und gute Luft. So viel es nur immer angeht und so weit es die Witterung und der Kräftezustand des Patienten erlaubt, ist der Aufenthalt im Freien angezeigt. Ein drittes Erforderniss ist scrupulöseste Reinlichkeit. Diese ist vornehmlich nothwendig bei allen jenen Irreseinsformen, in welchen die Patienten nicht fähig sind, Koth und Urin zu halten, ferner bei denjenigen schweren Psychosen, die mit spinalen Lähmungen einhergehen, durch welche die Kranken Tag und Nacht zu sitzen oder zu liegen gezwungen sind. Kommt dazu noch Incontinentia ani et vesicae, so ist mitunter trotz der peinlichsten

Sauberkeit und Accuratesse ein Durchliegen unvermeidlich, geschweige denn ohne dieselben. Bei ruhigen Kranken lässt sich dieser Verunreinigung durch häufige und regelmässige Entleerung des Darmes vorbeugen. Die Innervationsschwäche der Sphinkteren kann man mitunter durch Nux vomica vermeiden. Bei dysthymischen Kranken und Hypochondern schiebt v. Krafft-Ebing die Incontinenz der Hyperästhesie der Rectalschleimhaut zu. Bei solchen Fällen giebt er Belladonna. Man vermeide möglichst Koth bildende Nahrungsstoffe, wie Bohnen, Kohl etc.

Bei Kranken, welche sich fortwährend die Sachen vom Leibe reissen, sind unzerreissbare Anzüge, welche über das Unterzeug angezogen werden, von gutem Erfolge. Dieselben sind in einem Stück, Hose und Oberkörperbekleidung, mit oder ohne daran angenähte Stiefel, aus Segeltuch angefertigt. Man vermeidet dadurch die so leicht eintretende Pneumonie.

Mit Recht betont v. Krafft-Ebing die dauernde, unablässige Ueberwachung der Stuhl- und Urinentleerung. Besonders ist zu achten auf die Blasenüberfüllung bei der Paralyse. Die Blase kann so angefüllt sein, dass sie wie ein gravider Uterus bis zum Nabel reicht; da die Kranken analgetisch und anästhetisch sind, so empfinden sie die Ueberfüllung ihrer Blase nicht; auf diese Weise kann es zu einem Blasenriss" kommen. Alle Stuhlverstopfungen sind theils mit einfachen Eingiessungen, theils durch natürliche oder künstliche Bitterwässer und salinische Mittel zu behandeln. Hilft das nicht, so gebe man Kalomel, als einmalige Dosis 0,5 in Milch.

III. Gynäkologische Behandlung.

§. 591.

Erkrankungen des Sexualapparates können Erkrankungen des Centralnervensystems nach sich ziehen. Andererseits können Psychosen und Neurosen ihrerseits die Functionen der Sexualorgane beeinflussen. Die Menstruationsanomalie bei Geisteskrankheiten wird, entgegen der früheren Ansicht, durch die Psychose verursacht. Besonders ist die Amenorrhöe ein Symptom, welches in diesem Sinne aufzufassen ist. Dabei eine gynäkologische Untersuchung vorzunehmen und die Behandlung einer etwa gefundenen, geringen Abnormität einzuleiten, wäre ein Irrweg. Eine gynäkologische Untersuchung einer geisteskranken Frau, event. in Narkose, ist nur dann vorzunehmen, wenn deutliche locale Symptome vorliegen, deren Beseitigung dringend wünschenswerth ist. Eine gynäkologische Behandlung kann nur gerechtfertigt sein, 1) wenn neben den psychischen Abnormitäten Krankheitssymptome des Sexualapparates hervortreten, welche

für sich, aus rein somatischen Gründen Beseitigung erfordern; 2) wenn man in der vorhandenen sexualen Erkrankung eine Ursache der Psychose zu erkennen glaubt. Jedoch würde eine gynäkologische Localtherapie höchstens eine der für die Entstehung der Psychose wichtigen Ursachen wegräumen, während noch andere und vor Allem die psychopathische Veranlagung nach wie vor bestehen bleiben. Die Fälle, in welchen gynäkologische Affectionen während der Dauer einer Psychose überhaupt einer Behaudlung bedürfen, bilden die Minorität.

VIERTES CAPITEL.

Psychische Behandlung.

1. Im Allgemeinen.

§. 592.

Die psychische Erregung selbst, wiewohl mittelst ihrer indirect stets auch auf die organischen Processe gewirkt wird, wird hier zu dem Zwecke einer directen Modification der psychischen Anomalieen durch Hervorrufen von Bildern, Vorstellungen, Gefühlen und Bestrebungen benutzt. Auch dies geschieht nur zum geringsten Theile durch ein positives Einwirken des Arztes auf den Kranken, etwa mittelst Zuspruch, Belehrung, oder gar mittelst Ueberraschungen, Strafen, vermeintlicher irrenärztlich magnetisirender Blicke etc.; auch hier ist schon sehr Vieles durch gewisse negative Maassregeln gewonnen. Sehr oft ist der Gang der Krankheit ein solcher, der ihr baldiges, spontanes Aufhören erwarten lässt; hier reicht die Entfernung von allen psychisch irritirenden Momenten hin, und eine richtige Ordnung aller äusseren Verhältnisse, besonders wenn sie dem Kranken zugleich das Gefühl der Unterwerfung unter eine wohlwollende, vernünftige Macht giebt und allmähliche Angewöhnung an ein äusserlich vernünftiges Verhalten herbeiführt, ist hier der mächtigste Hebel geistiger Genesung.

Dass hierbei die Individualität und der Charakter des behandelnden Arztes von grösstem Gewichte sind, ist einleuchtend. Der Psychiater muss folgende Eigenschaften besitzen: Wohlwollenden Sinn, grosse Geduld, Selbstbeherrschung, eine besondere Freiheit von allen Vorurtheilen, eine bedeutende, durch lange Erfahrung geschöpfte Kenntniss der Menschen, Gewandtheit in der Conversation und eine besondere Neigung zu seinem Berufe, die ihm über alle Mühen und Anstrengungen hinweghilft. So wird er nicht nur der Arzt der Kranken sondern zugleich ihr Erzieher und Freund sein; er wird durch den Einfluss seiner Persönlichkeit selbst verständnissvoll die krankhaften psychi-

schen Erscheinungen bekämpfen. Bei der Morphiumentziehung z. B. wirkt der Besuch des Arztes, wenn ich mir den Ausdruck gestatten darf, geradezu wie eine Injection. Liebevolles Eingehen auf die einzelne Persönlichkeit, Nachgiebigkeit ohne Schwäche auf der einen, gleichmässige Energie und Festigkeit ohne Starrheit auf der anderen Seite sind die sichersten Bürgen für eine erfolgreiche Behandlung.

Das nähere psychische Einwirken zum Zwecke der Zurückführung der geistigen Gesundheit kann man wieder auf zwei Indicationen bringen, welche sich ebensowohl aus einem tieferen Verständnisse des Irreseins, als aus den vorliegenden Erfahrungen einer glücklichen Therapie entnehmen lassen. Einmal nämlich sollen die krankhaften Stimmungen und Vorstellungen, welche jetzt die frühere, gesunde psychische Individualität zurückdrängen und bedecken, gehoben, entfernt werden; andererseits soll wieder möglichst auf Wiederherstellung und Stärkung des alten Ich selbst hingewirkt werden, welches ja lange Zeit im Irresein nicht verloren gegangen, sondern nur oberflächlich zurückgedrängt oder in einen Sturm von Affecten hineingezogen ist, hinter dem es aber, zur Reaction bereit, lange fort noch sich wieder zu erheben im Stande ist. Wenn zwischen der psychischen Behandlung der Irren und der Erziehungskunst in Bezug auf Zweck und Mittel allerdings manche, schon oft besprochene Aehnlichkeit besteht, so unterscheiden sich beide doch wesentlich eben in der letzterwähnten Indication. Denn bei der psychischen Behandlung der Irren handelt es sich nicht um eine Neubildung, sondern um eine Wiederherstellung; es handelt sich auch keineswegs darum, dass das herzustellende Ich gewissen Forderungen entspreche, deren Realisirung sich die Erziehung zur Hauptaufgabe macht (z. B. dass es ein moralisches sei), sondern der einzige Zweck ist die Wiederherstellung des früheren, alten gesunden Ich, mag dieses an Tugenden reich oder von mannigfachen Fehlern getrübt gewesen sein. Besserungsversuche, wenn solche überhaupt gemacht werden sollen, können erst beim Genesenen einen Sinn haben. Wenn die Erziehungskunst bei ihren Zwecken durch einen weichen und bildsamen Stoff begünstigt wird, so findet die psychische Irrenbehandlung den mächtigsten Beistand in dem Wiederherzustellenden selbst, in den combinirten Vorstellungsmassen des Ich, das als ein schon gebildetes, festes, jetzt nur zurückgedrängtes lange Zeit hindurch nur auf Gelegenheit wartet, seinen alten Platz wiedereinzunehmen, ja zuweilen geraume Zeit mit aller eigenen Macht gegen die Krankheit ankämpft. Daher eben kommt es, dass es oft nur einer negativen psychischen Kur, einer Beseitigung alles Schädlichen bedarf. Wie stände es sonst mit so manchen Irren, die in ungeschickten, rauhen Händen doch ihre volle geistige Genesung finden?

2. Behandlung der Wahnvorstellungen.

§. 593.

Was die erste Indication, die Schwächung der krankhaften Stimmungen, Gefühle und Vorstellungen betrifft, so ist durch allseitige Erfahrung festgestellt, dass ihr directes Bekämpfen sehr selten zu einem günstigen Ziele führt. Die kranke Gemüthsverstimmung kann, eben als eine kranke, nicht dem Zuspruch, der Aufmunterung, noch weniger moralisirenden Vorstellungen, überhaupt nicht dem Verfahren weichen, welches sonst der einfachen üblen Laune des Gesunden entgegengesetzt wird. Jene Verstimmung geht aus der Erkrankung des Gehirns mit Nothwendigkeit hervor, und der Kranke kann sie so wenig mit Willkür ablegen, wie etwa die subjectiven Farbenbilder bei Reizung seiner Retina. Vieles für die Beseitigung der Verstimmung ist von der körperlichen Behandlung, von der Befolgung eines (vernünftig) exspectativen Verfahrens zu erwarten, womit in verschiedenen Fällen theils auf eine Entäusserung der Stimmung, indem z. B. dem Maniacus eine Explosion gestattet wird, theils auf Zurückdrängung ihrer Aeusserungen hingewirkt werden kann, während immer die bald zu besprechende psychische Ableitung die Hauptsache bleibt. Ebenso vergeblich, ja noch schädlicher als gegen die krankhaften Affecte die banale Aufforderung sich zu überwinden, ist der Versuch, die Wahnvorstellungen des Kranken direct durch logisches Raisonnement zu bekämpfen. Jede directe, aber vollends jede leidenschaftliche Discussion bestärkt gewöhnlich den Wahn, indem sie den Kranken zur Rechtfertigung desselben, zum Aufsuchen von Gründen für ihn auffordert, und irritirt und erbittert um so mehr, je dringlicher und schärfer die Dialektik des Opponenten auftritt, je mehr noch durch zugemischten Spott solche „Vernunftgründe“ dem Kranken wehe thun. Nicht einmal durch Beweismittel mittelst des Augenscheins lassen sich die kranken Vorstellungen bezwingen. Man breite vor dem Kranken, der sich gänzlich verarmt wähnt, seine Gelder und Staatspapiere aus, man reisse vor einem Anderen die Wand nieder, in der er seine quälenden Feinde versteckt glaubt; man wird zunächst beide irritiren und erst recht auf ihre falschen Vorstellungen aufmerksam machen, man wird im günstigsten Falle ein ganz äusserliches Zu- und Nachgeben erzielen, am gewöhnlichsten aber bei den Kranken einen Wechsel mit einem oft noch viel schlimmeren Wahne bewirken. Alles dieses wird aus der oben (pag. 82 ff.) erörterten Art und Weise der Entstehung der Wahnvorstellungen aus fix gewordenen Stimmungen, mit deren Beseitigung allein dem Wahn die Axt an die Wurzel gelegt wird, zur Genüge erhellen.

Einzelne Ausnahmen von der allgemeinen Regel, den Wahn nicht durch directe äussere Beweismittel zu bekämpfen, finden statt theils zuweilen bei Reconvalescenten, denen nach geschwundenem Affect noch einzelne Bruchstücke irriger Vorstellungen übrig geblieben, theils auch im ersten Anfang des Irreseins, wo die aufsteigenden Wahnideen dem Kranken noch als schwebende Bilder entgegentreten, und wo das Ich im Kampfe gegen sie noch in der äusseren Anschauung der wahren Sachlage Succurs finden kann. Allein auch in diesen Fällen hoffe man Nichts von vielem Zureden und Ueberzeugenwollen, es ist hier weit besser, den Kranken wie zufällig, sodass er von selbst, allein darauf zu kommen glaubt, auf das reale Verhalten der Dinge aufmerksam zu machen; alles Polemisiren ermüdet und quält, erregt Misstrauen und Abneigung.

Es ist dringend geboten, den Patienten weder durch Widerspruch oder Spott zu reizen, noch seinen krankhaften Ideen und Gefühlen durch scheinbaren Zuspruch oder Eingehen auf dieselben Nahrung zu geben. Täuschung des Patienten ist in jeder Hinsicht zu vermeiden; eine ruhige, reundliche, aber feste Erklärung erreicht viel mehr. Erst dann, wenn eine gewisse Beruhigung eingetreten, ist eine Ablenkung des Kranken zu erstreben, aber noch nicht, solange seine Aufmerksamkeit zwangsweise durch die Störung selbst in Anspruch genommen wird. Es ist dann eine passende, anregende, aber nicht anstrengende Beschäftigung auszuwählen: unterhaltende Lektüre, die Lösung leichter geistiger Aufgaben, Spiele aller Art, Musikübung, körperliche Arbeit, individuell bemessen; bei Männern Handwerkerei, Garten- und Feldarbeit, Leibesübung, Aërostat, bei Weibern Nähen, Waschen, Kochen etc.

Wohl hat man einzelne Beispiele schneller Besserungen durch Erregung heftiger Affecte von Zorn, Angst etc. bei Geisteskranken, vielleicht noch am ehesten bei Hypochondristen. Aber, abgesehen von dem Umstande, dass es sich hier wohl nie um wirkliche Heilung handelt, ist ein solches Verfahren jedenfalls im ärgsten Grade gewagt, und man kann sicher annehmen, dass auf eine Besserung sicher zehn Verschlimmerungen kommen würden, wovon manche bis zur schnell sich fixirenden Unheilbarkeit gehen werden. —

3. Psychische Ableitung.

§. 594.

Fast noch verwerflicher als eine directe Bekämpfung erweist sich das sogenannte Eingehen auf den Wahn des Kranken, die Zustimmung zu demselben, geschehe sie in der Absicht momentaner Beruhigung oder etwa, um auf dem Zugegebenen neue dialektische Hebel anzusetzen. Durch solche Bestätigung wird der Kranke in seinem Wahne befestigt, er beruft sich später auf ein solches Zeugniss, und man sieht oft, namentlich in tiefen dysthymischen Zuständen, von solchem, in den besten Ab-

sichten eingeschlagenen Verfahren die allertraurigsten Folgen, indem sich rasch und bleibend Wahnvorstellungen fixiren, denen bis dahin der Kranke wenigstens innerlich noch entgegentrat.

Statt des logischen Discutirens und statt des bestätigenden Eingehens auf die fixen Ideen werde denselben vielmehr, wenn die Umstände eine directe Aeusserung erheischen, ein einfacher Widerspruch ohne allen Streit, eine schonende Verweisung an die Zukunft, wo sich der Kranke über solche Irrthümer sehr wundern werde, eine Erinnerung an die Vergangenheit, wo er doch solches niemals für möglich gehalten hätte, etc., entgegengesetzt. Am besten aber und am allgemeinsten anwendbar ist das System, den Wahn möglichst unberührt zu lassen und seine Schwächung dadurch hauptsächlich herbeizuführen, dass er in keiner Weise Nahrung erhält, indem der Kranke in anderer, mit den kranken Vorstellungen durchaus nicht congruenter Weise geistig in Anspruch genommen wird. Diese psychische Ableitung, eine Hauptgrundlage aller psychischen Behandlung, aber als active Methode allerdings viel mehr für chronische als acute Zustände sich eignend, geschieht in verschiedenen Fällen durch sehr verschiedene Mittel, welche dem Kranken um so besser bekommen, und denen er um so weniger widersteht, je weniger er den Heilzweck selbst merkt. Unter ihnen steht obenan alle Arbeit gesunder Art (vgl. §. 596), dann alle Zerstreuungsmittel, alle Unterhaltungen und Gespräche, welche mit genauer Berücksichtigung des individuellen Geschmacks nur Gesundes, Vernünftiges zum Gegenstande haben sollen, wo Allem, was auf den Wahn des Kranken führen kann, ausgewichen und er möglichst anhaltend in der Richtung des gesunden Gesprächsgegenstandes erhalten wird. Es ist also nothwendig, nicht nur die Berührung des Wahns, der Ereignisse, welche zur Erkrankung beitrugen, sondern überhaupt vieles directe Sprechen über den Zustand des Kranken zu vermeiden. Es ist nothwendig, dass der Kranke so wenig als möglich allein und müssig bleibe; solange er mit Dingen beschäftigt ist, welche der Krankheit fremd sind, ist er zur Hälfte von dieser frei, und durch Abziehen der Aufmerksamkeit von den Wahnvorstellungen werden diese am besten geschwächt und zum Versinken gebracht.

4. Stärkung des Ich.

§. 595.

Dabei soll nun das Gesunde im Kranken, das alte Ich gestärkt und gekräftigt, vor Unterdrückung und Zerfall bewahrt werden. Dies geschieht durch Alles, was die dieser bestimmten Individualität im gesunden Leben angehörigen Vorstellungs- und Empfindungskreise fördert

und erhält; es geht hieraus unmittelbar die Regel hervor, den Kranken nur oder doch ganz vorzüglich in der Richtung seiner eigenen früheren Interessen anzuregen. Eines schickt sich nicht für Alle, und jeder Kranke ist wieder an einer anderen Seite zu fassen. Hier muss sich die praktische Menschenkenntniss des Arztes bewähren im Durchschauen der Persönlichkeit, in dem verschiedenen Anfassen der Individualitäten nach der Differenz der Charaktere, Neigungen, Gewohnheiten und Bildungsstufen, im Auffinden aller der Seiten, von denen aus der Kranke empfänglich ist. Beim Weibe sind andere Interessen rege zu erhalten als beim Manne; bei Einzelnen ist alles gesunde Denken und Streben unzertrennlich mit den äusseren Beschäftigungen ihres Lebensberufes verbunden; mancher Handwerker kann nur in seinem Geschäft, mancher Musikfreund in den Tönen seines Instrumentes und dergl. den ganzen Umfang und die Einheit seiner alten Individualität wiederfinden. Ebenso verschieden sind die Gemüthsinteressen; immer aber misslingt es, dem Kranken solche aufzwingen zu wollen, welche keine Basis, keine Stützen und Hülfen in den Vorstellungen und Bestrebungen seines gesunden Lebens haben; dem Frivolen z. B. würde jetzt während der Krankheit religiöser Zuspruch so wenig taugen, als dem Unmusikalischen eine zwangsweise Beschäftigung mit Musik. Nur da ist von diesem Grundsatze der sorgfältigsten Erhaltung und Stärkung der ganzen früheren Persönlichkeit abzugehen, wo entschiedene Charakterfehler, welche längst das Ich beherrschten, wesentlich zur Entstehung der Krankheit beitrugen. In solchen hier und da vorkommenden Fällen, wo das Irresein als endliche Consequenz eines in Schlechtigkeit missbrauchten oder in Thorheit vergeudeten Lebens sich darstellt, könnte freilich nur von einer völligen Umänderung, von dem Anfange einer ganz neuen geistigen Persönlichkeit Heil erwartet werden; allein Jeder weiss, wie knapp hierzu unsere Mittel sind, wie schwer eine solche Restitutio in integrum ist, und wie schlimm und im besten Falle wie sehr einem frühen Rückfalle ausgesetzt solche Fälle sind. — Alles was die Anhänglichkeit an das gesunde vergangene Leben, seien es Familienbande, oder die alten Beschäftigungsweisen und dergl., erhält, dient zur Kräftigung des Ich, und die unzähligen Modificationen in den Mitteln zur Förderuug der gesunden Vorstellungskreise (Correspondenz, Besuche etc.) müssen der Einsicht und dem Tacte des Arztes überlassen werden.

5. Beschäftigung.

§. 596.

Unter den einzelnen psychischen Mitteln scheint eine zweckmässige Beschäftigung des Kranken das erste und wichtigste zu sein. In gesunder Thätigkeit findet der eingeborene Drang nach Aeusserung

und Entäusserung des Geistes in der objectiven Welt seine beste Befriedigung; indem sich Denken und Streben in die Gestaltung eines Stoffes versenken, wird der Geist von leerer Sehnsucht zurückgeführt und von den Illusionen der Phantasie abgezogen; das Gefühl des Gelingens öffnet wieder den Zugang zu expansiven Empfindungen und mit ihm kehren Selbstachtung und Vertrauen in die eigenen Kräfte zurück. So gilt mit Recht eine stetige Beschäftigung des Kranken, besonders aber sein eigenes Verlangen nach Arbeit für ein Zeichen entschiedener Besserung und bildet oft den Anfang der Genesung. — Diejenigen Beschäftigungen sind die besten, welche mit körperlicher Bewegung, mit stetem Aufenthalte in freier Luft verbunden sind, wie alle Garten- und Feldgeschäfte, welche nicht nur bei den unteren Ständen, deren gewohntes Tagewerk sie früher ausmachten, sondern auch bei den Verfeinerten durch ihre friedlichen und beruhigenden Eindrücke und ihren unmittelbaren Naturverkehr sich höchst wohlthuend erweisen. Wo solche nicht auszuführen sind, müssen andere, häusliche oder handwerksmässige, der künstlerischen Thätigkeit sich nähernde Beschäftigungsweisen an ihre Stelle treten, und nur wenige Kranke, und auch diese nur im Wechsel mit körperlicher Uebung und Muskelanstrengung, sind vorwiegend sitzend und geistig zu beschäftigen; bei chronisch Kranken wird zuweilen durch das Erlernen eines neuen Handwerks, an dem sie Freude haben, die Aufmerksamkeit auf die wohlthätigste Weise neu gefesselt. — Den dürftigen Kranken erfreut ein kleiner Lohn seiner Arbeit und giebt ihm oft bei seiner Genesung den ersten Schutz gegen Mangel; die Kräfte des Reichen werden zum Besten der Anstalt und seiner ärmeren Genossen in Anspruch genommen. Die Arbeit soll, wo immer es der Gesundheitszustand gestattet, etwas Methodisches haben; wenn aber einerseits die Kranken von einem unsteten Durchprobiren aller möglichen Beschäftigungsarten abzuhalten sind, so ist noch mehr jeder Charakter eines fabrikmässigen oder gar eines blos die pecuniären Vortheile der Anstalt berücksichtigenden Geschäftsbetriebes fern zu halten. Die Genesung oder Besserung der Kranken muss die einzige Rücksicht der Arbeit sein; Jedem ist nur das für ihn Passende, und auch nur im rechten Zeitpunkte zuzumuthen, und nur der Müssiggang ist strenge fern zu halten.

Es versteht sich, dass die Arbeit für ganz acute Zustände, für das Höhestadium der Krankheit durchaus nicht passt, dass jede derartige Zumuthung hier schädlich wirken muss, dass eine frische Hirnreizung Ruhe nach allen Richtungen erfordert. Es ist dies allerdings nicht so zu verstehen, dass alle psychische Aufregung die Arbeit unmöglich oder schädlich mache. In den englischen Irren-Anstalten mit No-Restraint schickt man manche aufgeregte, vociferirende Kranke an die Arbeit, z. B. zur Wäsche, welche man in vielen deutschen Anstalten in den Isolirraum schicken sieht, und man bemerkt, dass sie sich bei ersterem Verfahren schneller beruhigen. Aber immerhin ist der Werth der Arbeit viel grösser in den ruhigeren, besonders in den ganz protrahir-

ten Zuständen von Seelenstörung, in der Uebergangszeit zu den secundären Formen und in diesen selbst, sodann besonders in der Reconvalescenz, wo sich selbst das Bedürfniss nach Beschäftigung einstellt.

6. Unterricht.

§. 597.

An die Beschäftigung schliesst sich eine gesunde Uebung der Geisteskräfte auf ihrem eigenen Gebiete an und ein brauchbares Mittel hierzu ist bei vielen Kranken in den Irren-Anstalten der Unterricht. Er wird nicht gegeben, um die Wahnvorstellungen des Kranken zu bekämpfen, etwa um ihm in der Physik zu zeigen, wie unausführbar seine Projecte sind, sondern gleichfalls um die Aufmerksamkeit von dem Krankhaften ab und auf würdige, interessante und dem Kranken nützliche Dinge hinzuleiten. Er ist ein ernsteres Zerstreuungsmittel, durch welches ganz vernachlässigten Kranken allerdings auch die Elemente geistiger Bildung beigebracht werden können. Wie Alles, was das Gehirn erregt, darf solche Beschäftigung nie in acuten Fällen gestattet oder gar geboten werden, und darf auch sonst immer nur eine verhältnissmässig kurze Zeit in Anspruch nehmen; die Lehrobjecte sind nach Alter, Geschlecht und Bildung verschieden, Elementar-Unterricht, Musik, Geschichte etc. Solcher Unterricht kann mit Auswendiglernen verbunden, er kann als ein wechselseitiger, indem sich der gebildetere Kranke des ungebildeten annimmt, mit Vortheil betrieben, und immer muss er durch Gegenstand, Lehrer und Methode den Kranken anziehend gemacht werden.

Verschiedentlich ist die Einrichtung von ärztlichen Pädagogien empfohlen und auch praktisch erprobt worden. Es ist jedoch ein solches Unternehmen ein gewagtes, es kann mehr Schaden als Nutzen stiften. Geht die pädagogische Leitung nicht Hand in Hand mit der ärztlichen Oberaufsicht, ist vor allen Dingen der Stationsarzt nicht ein Mann, welcher das Kindes- und Jünglingsalter bis in alle Details versteht und den psychischen Phasen derselben nicht in allen Stücken gerecht werden kann, so wird bei etwaigem Unverstande des Lehrerpersonals erheblicher Schaden angerichtet. Beim Unterricht werden didaktische Missgriffe dadurch hervorgerufen werden, dass sich die Lehrer auf den Standpunkt eines Gymnasiallehrers stellen und dabei vergessen, dass ein ärztliches Pädagogium keine Presse ist, sondern nur die Kranken beschäftigen soll.

Von den Einwirkungen der Musik hat man sich manchmal zu viel versprochen; die durch sie erregten Stimmungen sind zu flüchtig, um auf die Dauer der krankhaften Stimmung entgegenzutreten, und die Musik hat nur dann eine die sonstigen Zerstreuungsmittel übertreffende

Wirkung, wenn sie von dem Kranken selbst mit Neigung ausgeübt wird; gemeinsame Gesangsübungen sind den Irrenanstalten als Unterhaltungsmittel zu empfehlen. Ausserdem dienen zur Zerstreuung und Ableitung des Kranken Gespräche, Lectüre, Spaziergänge, Spiele, Gesellschaften und heitere Zusammenkünfte, Alles in höchst verschiedenen Modificationen nach den Individualitäten.

Sehr mit Recht hat sich Guislain gegen die grossen gemischten Abendgesellschaften mit Tanz ausgesprochen, die in einigen englischen Irren-Anstalten üblich sind und auch sonst Nachahmung gefunden haben. In einer grossen deutschen Stadt erhalten die Zeitungen alle Jahr den Bericht über einen brillanten Ball im Irrenhause, wo zwischen den Zeilen die beleidigende Anerkennung zu lesen ist, dass die Gesellschaft nicht getobt habe!

Die Besuche bei den Kranken bedürfen — abgesehen von jedem Ausschluss Neugieriger — immer einer besonderen Erwägung. In den ersten Perioden und bei noch zunehmender Krankheit sind Besuche der Angehörigen gewöhnlich schädlich, theils indem sie der so häufigen Abneigung des Kranken gegen die Seinigen wieder Nahrung geben und manche ihn irritirende Erinnerungen wieder heraufziehen, theils indem sie die so höchst nothwendige Angewöhnung und Ergebung des Kranken an den Aufenthalt in der Irrenanstalt hindern und ihm Heimweh erregen. Dagegen tragen in ruhigen Zeiten, bei wieder erwachenden gesunden Neigungen die Besuche Vieles zur Aufklärung und Kräftigung des Kranken, noch mehr des fortschreitenden Reconvalescenten bei; oft findet ein solcher durch einen einzigen Besuch schnell die richtige Ansicht über sich selbst, seine Krankheit und seine Stellung zur Welt wieder.

7. Religiöser Zuspruch.

§. 598.

Die Hülfe der Religion bei der Irrenbehandlung bedarf grosser Vorsicht. Religiöse Erbauung darf keinem Kranken fehlen, der Verlangen und Bedürfniss darnach hat; es würde aber gegen den ersten Grundsatz der psychischen Behandlung streiten, wenn man solche Erbauung dem Kranken aufdringen und damit Interessen bei ihm in Bewegung setzen wollte, die keine Grundlage in seinem Herzen haben; von völliger Unkenntniss mit dem Wesen und den Hergängen dieser Krankheiten würde vollends die Idee zeugen, auf dem Wege der religiösen Bearbeitung, der Besserung und Bekehrung das Irresein direct heilen zu wollen. Alle solche Einwirkung kann nur den Zweck haben, dem Kranken Beruhigung, Trost und Hoffnung zu geben, seine Aufmerksamkeit von den krankhaften Vorstellungen ab und auf ein ernstes und bedeutendes Thema hin zu richten, die Denk- und Empfindungsweise

seines gesunden Daseins wieder zu beleben. Wie weit der Versuch gehen soll, solche Zwecke durch diese Art psychischer Einwirkung zu erreichen, darüber hat nur der Arzt zu urtheilen. Dieser wird niemals die grausame und ganz vergebliche Zumuthung dulden, dass dem Dysthymischen zu seinem selbstquälerischen Jammer noch das ernste Geschäft der Busse auferlegt werde, oder dass verschüchterte und verzweifelnde Kranke auch noch durch Drohungen mit der Hölle geschreckt werden. Schwermüthige, Erregte, wenn an ihnen nicht alle derartige Anregung gänzlich abgleitet, und Verrückte bemächtigen sich zur Nahrung ihrer Delirien allzu gern der ihnen auf diesem Wege dargebotenen Vorstellungen. Wird indessen bei der religiösen Einwirkung mit der nöthigen Vorsicht verfahren, werden nur diejenigen Seiten der Religion benutzt, die auf passende Weise zum Gefühl sprechen, und ist der Geistliche einsichtig genug, um den einzigen Zweck der Krankenheilung im Auge zu haben, so sind regelmässige kirchliche Erbauungen für beide Confessionen in den Anstalten höchst passend, und man sieht sehr häufig, wie deren Besuch, ganz abgesehen vom Inhalte, dem Kranken durch die Nothwendigkeit, sich eine Zeit lang äusserlich zu sammeln, höchst wohlthätig wird.

Einzelne Irrenärzte haben verlangt, dass die ganze Psychiatrie eine specifisch christliche sein soll. Allein es nehmen auch Juden die Hülfe des Irrenarztes und seiner Wissenschaft in Anspruch, und da es kein abstractes, nur ein confessionelles Christenthum giebt, so müsste es begreiflich eine eigene protestantische, katholische etc. und wieder eine jüdische, heidnische Psychiatrie geben. Es ist wohl möglich, dass auch Solches noch verlangt wird.

FÜNFTES CAPITEL.

Einzelne Modificationen der Therapie.

I. Behandlung im Beginn der Seelenstörung.

§. 599.

Die Anwendung der bisher erörterten Mittel und Methoden wird zwar durch die verschiedene Form des Irreseins, an welcher der Kranke leidet, zum Theil wesentlich modificirt; doch hat sich sowohl die psychische als die somatische Behandlung ebenso sehr, als nach diesen Formen, nach der verschiedenen Individualität der Kranken, nach den aufgefundenen, sonstigen leiblichen Erkrankungen, die bei allen Formen dieselben sein können, und wieder besonders nach der Verschiedenheit der Stände, Charaktere und geistigen Eigenthümlichkeiten zu richten. — Für letzteres lassen sich kaum allgemeine Regeln aufstellen; was aber die Behandlung der verschiedenen Stadien des Irreseins, und namentlich zuerst der Periode der beginnenden Erkrankung betrifft, so ist hier vor

Allem noch einmal an die Nothwendigkeit eines möglichst frühen Einschreitens zu erinnern. Zuerst freilich ist durch eine genaue Beobachtung des Kranken die Diagnose sicher zu stellen. Bei noch sehr mässigen Symptomen ist im ersten Anfang begreiflich oft nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich, welche übrigens durch vorhandene erbliche Anlage, durch gewisse vorausgegangene Ursachen u. dgl. wesentlich unterstützt werden kann. Abgesehen von groben Missgriffen, z. B. der Verwechslung eines typhösen Fiebers mit selbstständigem Irresein, gebietet es kluge Sorgfalt für den Kranken, ihn bei dringlichem Verdachte auch gleich als Irrewerdenden zu behandeln, da ihm hieraus keinerlei Nachtheil, wohl aber unter allen Umständen ein wesentlicher Vortheil entspringen kann. Denn in diesem Zeitraume besteht das Hauptverfahren in einer vollständigen Beseitigung aller Krankheitsursachen und in genau individualisirten und sorgsam durchzuführenden diätetischen Maassregeln.

Hier hat die somatische Therapie ihre ausgedehnteste Anwendung; von psychischer Seite hüte man sich bei leidenschaftlicher Beschäftigung des Kranken mit widrigen Vorfällen und bei überhand nehmender Verstimmung vor allem tiefer eingehenden Raisonnement darüber, vor allen dringlichen Ermahnungen, religiösen Bearbeitungen u. dgl.; man versuche dagegen, seinen Schmerz durch Ablenkung auf Anderes, sei es noch auf gesunde Thätigkeit, auf den Kreis gewohnter Pflichten, oder auf milde erheiternde, äussere Eindrücke zu mässigen und seine sinkende Hoffnung durch mässigen, wohlwollenden Zuspruch zu stärken. Man muss dem Kranken weder die Zweifel, die man über seine geistige Gesundheit hegt, noch eine directe Beaufsichtigung zeigen, auch nicht neugierig nach den Gründen seiner Veränderung in ihn dringen, weil er sonst misstrauisch und geneigt zur Verstellung wird; er soll auch wenig allein bleiben, doch ist es zuweilen gut, ihn auch allein und unbemerkt zu beobachten, wo er sich oft in Selbstgespräch und Geberde frei gehen lässt. Wo immer das Allgemeinbefinden es erlaubt, soll er nicht ganz müssig sein, sondern einige vorsichtig gewählte Beschäftigung haben; nur ist jede geistige Anstrengung aufs Strengste zu vermeiden, und demgemäss ist ein schleuniges Aufgeben des gewohnten Geschäfts oft die erste Bedingung der Therapie.

Immer soll der Kranke den schädlichen Einflüssen, die bisher auf ihn wirkten, entzogen, und es sollen ihm neue, wohlthätige zugeführt werden. In vielen Fällen bedarf es hierzu einer durchgreifenden Umänderung aller Aussenverhältnisse; Ortsveränderung, kleine Reisen, namentlich Fuss- und vorsichtig gewählte Badereisen, wenn die äusseren Verhältnisse solche gestatten, niemals aber Reisen in grosse Städte, wo Hirn und Sinne des Kranken aufgeregt werden, sind hier oft vom

besten Erfolge. Nur bedenke man, dass alle rauschenden Zerstreuungen, Theater, Musik, Gesellschaften und welche „Vergnügungen“ man etwa den Erkrankenden noch besuchen lassen wollte, ihm, der noch weniger als den gewohnten Antheil an der Welt mehr nehmen kann, nur wehe thun, und dass es vor Allem der Abhaltung aller heftigeren Eindrücke und aller Menschen, welche nicht mit der Art seines Leidens vertraut sind, und der Ruhe und Stille bedarf. Sehr vieles beim Gelingen oder Misslingen solcher Maassregeln hängt hier von der Geduld und Beharrlichkeit, mit der sie ausgeführt werden, von den Aussenverhältnissen des Kranken und von seiner Umgebung ab, in welcher namentlich verständige weibliche Hülfe oft von grossem Werthe ist. Der Arzt muss hier besonders den so häufigen Irrthum der Angehörigen, als ob die psychische Anomalie auf Eigensinn und Verstellung beruhe, beseitigen, er muss ihnen über die Gefahr, in welcher der Kranke schwebt, und die Nothwendigkeit ungesäumten Einschreitens schonend, aber entschieden die Augen öffnen und jede Verantwortung für den Fall ablehnen, wenn er bemerkt, dass seinen Verordnungen nicht gehörige Folge geleistet wird.

Daneben ist für eine zweckmässige Diät, für Vermeidung aller Spirituosa, für reichliche Bewegung in freier Luft, für ruhigen Schlaf, für die Offenerhaltung aller Secretionen zu sorgen. Alle Symptome acuter oder chronischer anderweitiger Erkrankung (Menstruation, Herz-, Darmkrankheiten etc.) müssen sorgfältig gewürdigt, und diese mit besonderer Berücksichtigung alles dessen, was Gehirnhyperämie oder Gehirnreizung erzeugen und unterhalten kann, unverdrossen und beharrlich behandelt werden. Wenn dabei zwar jede eigentlich schwächende Behandlung strenge zu vermeiden ist, so ist doch auch gerade dieses Anfangsstadium die Zeit, wo namentlich bei acuterem Verlaufe wohl angebrachte, auf specielle Indication gegründete Blutentziehungen den besten Erfolg haben können.

Die Brunnenkuren im Beginn der Geisteskrankheiten, namentlich die Laxirkuren, Marienbad, Kissingen etc. zeigen sich in der Regel zum mindesten unnütz, noch schädlicher gewöhnlich die systematischen Kaltwasserkuren; laue, indifferente Thermalbäder können, wenn der Aufenthalt sonst passt, auf manche Kranke calmirend wirken. Die Ernährung muss gehoben werden, zuweilen direct durch kräftige Nahrung, Eisen, bei Einzelnen durch Milchkuren, zuweilen mehr indirect durch Besserung der Verdauung und des Schlafs. Alle Congestivzustände müssen bekämpft (kalte Umschläge, Sinapismen, kühlende Mittel, Blutegel etc.), die Excretionen erhalten, die aufgeregten Nerventhätigkeiten beruhigt, der Schlaf wo möglich hergestellt werden (Bäder, Opium u. dgl.). Versetzung in einen ruhigen Landaufenthalt mit ganz einfacher Lebensweise thut bei vielen Erkrankungen sehr gute Dienste: eine

nicht übertriebene Körperbewegung, hier und da aber auch lange ausgiebige Ruhe des Körpers (sodass ein grosser Theil des Tages im Bette, der andere wo möglich in freier Luft ruhig zugebracht wird), ja selbst vollständiges Bettliegen müssen nach dem einzelnen Fall angeordnet werden.

II. Behandlung auf der Höhe der Erkrankung.

§. 600.

Auch bei einem stürmischeren Beginn und schnellem, heftigem Ausbruch der Krankheit lasse man sich nicht durch die blosse Rücksicht auf momentane Beschwichtigung der auffallendsten Symptome zu einem wenig überlegten Gebrauche von Mitteln verleiten, welche für das Ganze der Krankheit von schädlichem Einflusse sein können (z. B. profuse Aderlässe, Tartarus stibiatus in grossen Gaben). Zu dem vorhin erwähnten Verfahren muss hier nur eine vollständige Isolirung des Kranken, der nun gar nicht mehr in der Welt leben kann, hinzukommen.

1. Die Dysthymischen verschone man mit Zumuthungen, ihren Schmerz zu unterdrücken, mit Bitten und vielen Vorstellungen; man rede so wenig als möglich mit ihnen von ihrem eigenen Zustand und gar nichts von den Objecten ihres Deliriums, man lasse sie auch nicht viel klagen, und mehr als viel tröstendes Zusprechen nützt hier ein kurzes, etwas strenges Verfahren, das zuweilen sogar den Anschein einiger Härte haben darf. Man sehe dabei auf äussere Ordnung, lasse den kräftigeren Kranken regelmässig aufstehen, etwas arbeiten, spazieren gehen etc., schwache, besonders weibliche Kranke aber, und Kranke mit schwacher und gereizter Herzthätigkeit, trockener, kühler Haut befinden sich bei längerer Ruhe im Bette viel besser; ihre harmlosen Wünsche erfüllt man mit Aufmerksamkeit, jedem gesunden Interesse, das sich zeigt, kommt man entgegen, und nur dem Krankhaften in ihnen leistet man Widerstand. Bei Anfällen von grosser Angst und Unruhe, überhaupt bei den Erregungsphasen der Dysthymie, ist eine active Repression durchaus verwerflich; man wartet die Aufregung am besten unter vieler, genau beaufsichtigter Bewegung im Freien, unter der Anwendung von Bädern etc. ab. Dabei finden aus der somatischen Therapie zuweilen die Mittel gegen Darmkatarrhe, öfter die mässigen Laxantien, mit oder ohne bittere Mittel, eine passende Anwendung, in zahlreicheren Fällen sind Digitalis, Tonica, Chinin, in Ausnahmefällen etwas Wein, vor Allem aber Opium in grosser Gabe (vgl. §. 584), indicirt; dabei Hebung des Kräftezustandes durch gute Ernährung. (cf. §. 262 f.)

§. 601.

2. Bei allen hyperthymischen Erregungszuständen ist vollends eine totale Entfernung aus der früheren Umgebung unerlässlich. Der Tobsüchtige, welcher alle Rücksichten des geordneten Lebens vergessen hat und die widrigsten und gefährlichsten Auftritte veranlassen kann, der Wahnsinnige, der durch den Widerstand, den seine ausschweifenden Unternehmungen und Forderungen finden, bald erbittert wird, können nur in einer Irrenanstalt ertragen und vor Allem nur dort geheilt werden. Nichts ist ihnen schädlicher als freie Bewegung in der Welt, welche sie immer mehr erregt, während die Ruhe und Stille einer Irrenanstalt und die Beschränkung auf dieselbe bei Vielen sogleich wohlthätig wirkt. Auch in den Anstalten bedürfen diese sehr aufgeregten Kranken in der Regel öfters einer wenigstens temporären Isolirung. Einzelne bedürfen vollständiger äusserer Ruhe und Stille, sehr selten der Abhaltung des Lichtes, viele Andere beruhigen sich eher, wenn man sie in grösseren überwachten Räumen, am besten im Freien der Explosion ihrer Stimmungen überlässt. Uebrigens muss man der äusseren Aufregung nicht gleich mit Zwangsmitteln, ebenso wenig mit Ermahnen und Predigen entgegentreten. Am besten ist es, das Reden und Schreien solcher Kranken unbeachtet zu lassen und die Ausbrüche der Stimmung, nur wo sie gefährlicher Art sind, oder wo sie rückwärts zu einer neuen Quelle stürmischer innerer Erregung werden, durch psychische Diversion oder Isolirung zu beschränken, welche letztere kurz und schnell, ohne vieles Reden und Streiten ausgeführt wird. — Man muss den Kranken das Zulässige gestatten, aber den ausschweifenden Forderungen nicht nachgeben und sich den kranken Wünschen nicht in der Art der Laien, welche sich von solcher Befriedigung oft sehr viel für die Genesung versprechen, allzu gefällig zeigen. In einzelnen Fällen allerdings, namentlich wenn man von früheren Anfällen her vermuthen darf, dass solche begehrliche Stimmungen nur kurz dauern, ist es oft besser, auch unnöthige Forderungen zu befriedigen. Sehr zänkische, widersetzliche Kranke müssen, wenn auch ganz schonend, um jeden Preis unterworfen werden; Nachgiebigkeit erhöht ihre Ansprüche und erweckt den Glauben, dass sie dem Arzte imponiren. Bei noch grösserer äusserer Besonnenheit kann man dem Kranken sagen, dass er krank sei, und kann ihn auf das Anomale seines Thuns und Treibens aufmerksam machen; wo es der Kranke vermag, muss er zu geordnetem Verhalten und später zu einiger Beschäftigung angehalten werden. — Man lässt solche Kranke viel Wasser trinken, Bäder in oben angegebener Weise gebrauchen; man verordnet je nach Umständen Blutegel, Schröpfköpfe,

innerlich Digitalis, kühlende Mittel, nach Umständen leichtere Abführmittel, selten (ausgenommen bei Delirium tremens) Narkotica. Die Hautreize thun den exaltirten Kranken selten gut, man hat sich auch hier im Allgemeinen vor einem zu viel geschäftigen Eingreifen, als ob nur die äussere Beruhigung der Zweck der Behandlung wäre, wohl zu hüten und auch hier die Ernährung so sehr als möglich zu erhalten (cf. §. 268).

Auch für die puerperalen Erregungszustände giebt es keine Specifica, so oft man auch schon solche empfohlen. Sie müssen individuell nach Gestaltung des Falls behandelt werden. Die Hauptfrage ist immer, ob eine sonstige (immer fieberhafte) Puerperalkrankheit vorliege (vgl. §. 468), wo dann diese vorzüglich das Object der Behandlung bildet; ist dies nicht der Fall, ist die Hirnaffection mehr selbstständig, so sind starke Eingriffe, namentlich alle Blutentziehungen, Drastica und grosse Hautreize in der Regel ganz zu vermeiden, dagegen ist gute Ernährung, Unterhaltung des Stuhles auf mildem Wege und Beruhigung durch Bäder und Opium für die Mehrzahl der Fälle geboten. Die Zustände mit beträchtlicher Anämie können kleine Mengen von Spirituosen erfordern, bei anderen Fällen mag der Gebrauch von etwas Digitalis, Kampher, Chinin u. dergl. nützlich sein. — Die gleichen Bemerkungen gelten für die Behandlung der Erregung auf hysterischer Basis. — Bei der Form des Delirium acutum (vgl. §. 475 a) scheinen kalte Begiessungen im lauen Bade gut zu thun; die hier so rasch sinkende Ernährung dürfte hauptsächlich Berücksichtigung erfordern.

§. 602.

3. Schwierig sind alle näheren Bestimmungen über das Verhalten bei den chronischen, protrahirten Paraphrenieen, welche in Terminalzustände der geistigen Schwäche übergehen; jeder Fall muss wieder anders behandelt, und die somatische und die psychische Therapie nie zu früh aufgegeben werden. Durchgreifende Umänderungen des ganzen körperlichen Befindens, welche das Irresein zuweilen noch günstig modificiren, sind sorgfältig zu überwachen. Die Hauptsache aber ist, die Spontaneïtät des Kranken wieder zu erregen; diesen Erfolg hat zuweilen noch eine neue, völlige Umänderung aller Aussenverhältnisse, z. B. die Versetzung in eine andere Anstalt, sogar eine versuchsweise Entlassung nach Hause. Das Verfahren, solches durch zwangsweise Zurückdrängung aller kranken Aeusserungen mit gewaltsamer Hinleitung auf gesunde Handlungen und Neigungen zu erzwingen, hat sich nicht bewährt. Bei der Paranoia und bei Blödsinn handelt es sich nur darum, den Kranken durch Arbeit, strenge Ordnung, Zucht und Reinlichkeit vor tieferem leiblichen und geistigen Versinken zu bewahren und seine Existenz durch wohlwollende, freundliche Behandlung, durch Gestattung alles des Lebensgenusses, dessen er vermöge seiner Krankheit noch fähig ist, so günstig als möglich zu gestalten.

§. 603.

4. Für den paralytischen Blödsinn giebt es keine Therapie. Strengste Reinlichkeit, ausgewählte kräftige Diät, am Ende nur aus fein gewiegtem Braten und Schinken und weichen und halbflüssigen Speisen bestehend, vor Allem reine Luft und möglichster Aufenthalt im Freien, im Uebrigen alle Sorgfalt, die dem zarten Kindesalter nothwendig ist, sind das Einzige, was das Leben dieser Unglücklichen noch verlängern und erträglicher machen kann (cf. §. 343).

§. 604.

5. Die Behandlung der angeborenen oder in früher Jugend entstandenen idiotischen Zustände hat, wenn die so überaus seltene Heilung (p. 873), oder wenn auch nur eine beträchtliche Besserung angestrebt werden soll, nur im Kindesalter einen Sinn; erwachsene Idioten und Cretinen können nur Gegenstand einer Pflege und Aufbewahrung sein. — Um wirkliche Erfolge zu erreichen, müsste die Behandlung so früh als immer möglich begonnen werden; es lässt sich erwarten, dass durch eine nach allen Seiten richtige und kräftige Therapie im 2. und 3. Lebensjahre mehr, als wir uns jetzt denken, zu erreichen sein wird. In dieser Zeit wäre vor Allem auf Entfernung aus dem Bereiche der p. 845, 877 f. besprochenen Ursachen (bei miasmatischen Ursachen Beziehen eines anderen gesunden Orts, nicht nothwendig auf hohen Bergen), nächstdem auf eine nach allen Rücksichten geordnete Pflege, auf Kräftigung der Gesammtvegetation des Körpers, auf eine sehr milde, allmähliche und methodische Anregung und Hebung der Sinne und des Gemüthslebens des Kindes zu sehen; specielle Fälle (Syphilis, deutliche Rhachitis u. dgl.) können die besondere Behandlung dieser Leiden erfordern; epileptische Zustände werden womöglich durch eine ätiologische Kur, nächstdem durch Atropin (in der Epilepsie der Kinder zuweilen vom überraschendsten Erfolg), Zinkblumen u. dgl. bekämpft. Allein sehr viele idiotische Kinder kommen erst viel später in Behandlung, namentlich in die der Anstalten, zu einer Zeit, wo es sich weit mehr nur darum handeln kann, das jedenfalls verkümmert bleibende Seelenleben noch zu einer erträglichen Functionirung zu bringen, als in den cerebralen Krankheitsprocess heilend oder auch nur beträchtlich bessernd einzugreifen, wo also die Aufgabe mehr die der Erziehung ist (p. 874). Indessen lehrt die Erfahrung, dass auch in diesem späteren Lebensalter (etwa vom 5.—10. Lebensjahr) diese erziehenden Einflüsse durchaus auf der Basis einer gesunden Körper-Entwicklung einwirken müssen. Es ist also auch hier mit aller Kraft auf Stärkung der Constitution, auf Hebung der Gesammt-Ernährung, auf Herstellung eines Gefühls von körperlichem

Wohlsein und Behaglichkeit, einer gesunden Lebensstimmung hinzuwirken (kräftige Nahrung, Aufenthalt im Freien, Bäder, kalte Waschungen, nach Umständen Leberthran, Eisen u. dgl.); es ist weit weniger durch methodischen Unterricht (Sprechen-, Lesen-Lernen etc.), der leicht überreizend wirkt, als durch Anschauungen, durch einfache Beschäftigungen, passende Erzählungen, die Aufmerksamkeit zu wecken (bei vielen ganz die Hauptsache!), durch geordnet vorgenommene praktische Uebungen und Spiele die Sinneswahrnehmung correcter zu machen, die Bildung einfacher, richtiger Urtheile zu begünstigen. Was nützt es, jene gelehrten Idioten zu erziehen, die das ganze ABC kennen, aber vor jedem kleinen Hinderniss, das ihnen im Wege liegt, verloren sind! — Ländliche Oekonomie-Beschäftigung wäre für die meisten leichteren Fälle das beste, ist aber sehr schwer auszuführen. Musik wirkt auf Manche wohlthätig; Besserung einzelner Seiten des Seelenlebens wird, zuweilen auch in schweren Fällen, durch consequente Wiederholung erreicht. Zwang und Strafen nützen aber bei diesen Kindern so gut wie Nichts, mit freundlicher, liebevoller Behandlung wird das überhaupt Erreichbare fast allein durchgesetzt. Die Geselligkeit in den Anstalten ist für die meisten, leichter befallenen Kinder sehr wohlthuend und fördernd (cf. §§. 541 und 546).

III. Die Behandlung in der Reconvalescenz.

§. 605.

Die Periode der Reconvalescenz bedarf noch vieler Schonung und Aufsicht. Der Genesene bleibt oft noch lange in einer höchst weichen und reizbaren Gemüthsverfassung, die letzten Reste falscher Vorstellungen verschwinden oft erst spät, und es bedarf oft noch einer längeren Behandlung vorhandener körperlicher Beschwerden. Er soll daher erst nach möglichst consolidirter, geistiger und leiblicher Gesundheit, meist erst einige Monate nach dem Eintritt der Reconvalescenz, aus dem Irrenhause entlassen werden, und es sollte diese Entlassung, wie dies jetzt in ziemlich vielen öffentlichen Anstalten eingeführt ist, immer zunächst eine versuchsweise sein, sodass der Kranke bei drohendem oder eingetretenem Rückfalle ohne alles Zaudern der Anstalt wieder übergeben werden kann.

Stellt sich in der Reconvalescenz grosse Abspannung und Ermüdung ein, so darf solche nicht mit Reizmitteln bekämpft werden; man sorge für Ruhe, passende Diät, Bewegung im Freien, für allmähliche Selbstthätigkeit. Im Uebrigen aber gestatte man dem Genesenen grössere Freiheit und zunehmenden Verkehr mit der Welt in dem Maasse, als Lust und Fähigkeit dazu sich wiedereinstellen. Er muss an

eine passende Beschäftigung gewöhnt, in heitere Umgebung gebracht werden; alle Gemüthsbewegungen müssen ihm fern gehalten oder doch schonend geleitet, durch verständigen Zuspruch, der hier am Platze ist, muss ihm eine klare Erkenntniss seiner Krankheit verschafft, durch Uebung seiner Kräfte, durch das Beispiel Anderer, auch durch den Trost der Religion Muth und Selbstvertrauen in ihm gehoben werden. Rathschläge für die Zukunft zu einfacher Lebensweise, geeigneter Thätigkeit, zu Allem, was ihn vor Rückfällen bewahren kann, sind hier am Platze. Für manche Fälle passen dann Zerstreuungen, Reisen oder Badekuren; andere finden nur in baldiger Rückkehr in den engeren Kreis ihres Berufs und ihrer Familie die vollständige Genesung wieder. Wäre es doch möglich, von dem oft innerlich so gekräftigten, so dankbaren und frohen Genesenen immer auch den Druck misslicher Verhältnisse, die Kälte seiner Umgebung oder gar den Spott niedrig denkender Menschen für immer fern zu halten.

SECHSTES CAPITEL.

Behandlung einzelner Symptome.

Verschiedene Formen des Irreseins zeigen einzelne stets wiederkehrende Symptome, deren specielle Behandlung eine ausserordentlich praktische Bedeutung hat.

I. Die psychische Erregung.

§. 606.

Befindet sich der Kranke in dauernder Erregung und Jactation, so wird auch jedes Mal der Schlaf erheblich gestört sein. Es ist auf die Beseitigung dieser Agrypnieen besonders zu achten, weil eine hochgradige Erschöpfung, welche zu Collaps-Zuständen führen kann, die nothwendige Folge ist.

Bei Angstzuständen ist Opium oder Morphium innerlich oder subcutan (Extr. opii aquos., Anfangsdosis 0,03) am Platze, besonders wo Parästhesieen, Neuralgieen etc. bestehen, ausserdem Paraldehyd, Chloral mit Morphium, eventl. Hyoscin, Bromkalium für nervöse Reizbarkeit. Bei Neurasthenie und leichter Dysthymie ist Bettruhe mit hydropathischer Einwicklung von 2—3 Stunden Dauer, resp. Alkohol zur Anregung des Gefässsystems anzuwenden. Hyperämische Zustände werden am besten durch Anwendung des Eisbeutels oder kalter Berieselung, unter Umständen in lauem, verlängertem Bade beseitigt. Ist die Erregung durch äussere Einwirkung hervorgerufen, so wirkt Versetzung in eine andere Umgebung resp. Isolirung (Kräpelin l. c. p. 202). Man vergleiche über beruhigende Mittel §§. 584—589.

II. Die Neigung zum Selbstmord.

§. 607.

Die geschärfteste Aufmerksamkeit erfordert die Neigung zum Selbstmord, welcher entweder auf der Basis einer schweren dysthymischen Depression sich entwickelt und aus diesem Grunde lange vorbereitet wird, oder plötzlich unter Bewusstseins-Trübung als Raptus zu Tage tritt. Selten kann ihm eine medicinische Behandlung begegnen; gewöhnlich muss man sich auf stetige persönliche Ueberwachung, auf Entfernung aller Werkzeuge, Stricke, Bänder etc. beschränken, und diese Beaufsichtigung muss um so strenger sein, je listiger solche Kranke oft ihr Vorhaben in einem einzigen unbewachten Augenblick, ja sogar in Gegenwart von Wärtern, z. B. durch Strangulation im Bette, auszuführen wissen. Wie wir in Gefängnissen häufig die Beobachtung machen können, dass der beabsichtigte Selbstmord so zu sagen in jeder Lage möglich ist, ebenso sehen wir mit unglaublicher Schlauheit die Kranken zu Werke gehen. Die Arten des Selbstmordes sind zahlreich und mannigfaltig; jeder Nagel, jede Glasscheibe, jedes Stück Blech, selbst die Zähne werden zu Werkzeugen in der Hand des verzweifelten Kranken. Abbeissen der Zunge und Fractur der Halswirbelsäule infolge eines mächtigen Stosses mit dem Kopf gegen die Wand hat Kräpelin erlebt (cf. l. c. p. 202). Ich kann aus eigener Anschauung berichten, dass ein älterer Mann sich plötzlich Nachts mit einem Rasirmesser derartige, tiefe Schnitte an Hals, Brust, Bauch und Extremitäten beibrachte, dass ca. 100 Nähte zur Schliessung der Wunden nothwendig waren. In der Litteratur wird von einer 63jährigen Frau berichtet, welche an ihrem Körper 142 Schnittwunden ausführte, von denen sechs die Bauchhöhle öffneten. Ein in der Maison de santé wegen schwerer Dysthymie aufgenommener Chinese versuchte es, sich mit seinem eigenen Zopf Nachts unter der Bettdecke zu erdrosseln. Ein zweiter Versuch bestand darin, dass er eine dünne seidene Schnur sich um den Hals legte und andererseits an der rechten grossen Zehe befestigte und nun durch Ausstrecken des Beines die Strangulation auszuführen suchte, während er die beiden Arme scheinbar harmlos auf der Bettdeke zu liegen hatte.

Es ist daher die höchste Wachsamkeit und Umsicht des Anstaltspersonals bei Dysthymischen und Hallucinanten erforderlich.

III. Die Neigung zum Zerstören.

§. 608.

Neigung zur Beschädigung und Zerstörung von allerhand Gegenständen zeigen alle diejenigen Formen der Geistesstörungen, welche sich in grosser Erregung oder in blödsinniger Schwäche äussern. In dem

ersteren Fall ist es der excessive Thätigkeitsdrang, in dem anderen ist es die sinn- und gedankenlose Faselei, welche zu Zerstörungsacten treibt. Man begegnet diesen Ausbrüchen durch möglichst solide Construction des beweglichen und unbeweglichen Mobiliars (Fensterscheiben aus ganz dickem Glas, fest stehende, unzerstörbare Möbel, Leder-, Gummi- oder Pappgeschirre). Gegen das Zerreissen der Kleidungstücke schützen die unzerreissbaren Anzüge, welche hinten durch Schnallen oder Schlösser geschlossen werden. Vor allen Dingen muss Alles aus dem Wege geräumt werden, was als Waffe dienen kann. In den extremsten Fällen bringt man den Kranken in eine wohl durchwärmte Stube und giebt ihm Seegras als Lager. Bei weiblichen Kranken wird man nur im äussersten Falle zu dieser Maassregel greifen.

IV. Die Unreinlichkeit.

§. 609.

Will man das häufige Sich-Beschmutzen und Herumschmieren mit den Excrementen vermeiden, so muss man, wie §. 590 erwähnt, den Kranken halbstündlich aufs Closet führen oder ihm öfter am Tage ein Klystier geben; bei eingetretener Verunreinigung ist sofortiges Eingreifen: regelrechtes Baden, sorgfältigste Reinigung der Zimmer mit desinficirenden Mitteln nothwendig. Der Schwerpunkt liegt hier in dem eingeschulten, tüchtigen und reichlichen Wärterpersonal; doch kann man durch Regelung der Diät vieles mildern, Pflanzenkost, welche die Kothbildung erhöht, und reichliche Getränke sind möglichst zu vermeiden.

V. Die Masturbation.

§. 610.

Man kann derselben am besten durch kalte Waschungen und Abreibungen, kühle Sitzbäder, stark angreifende körperliche Strapazen, Vermeidung gewürzter Speisen und starken Weines, ausgiebige Bewegung im Freien bis zur Ermüdung, ein hartes Lager, ununterbrochene Aufsicht, (Morgens nach dem Wachwerden sofortiges Aufstehen), bei Einzelnen durch consequente Strenge entgegenwirken. Die Ursachen dieser Gewohnheit bedürfen oft einer arzneilichen Behandlung; Askariden sind wohl zu berücksichtigen; die Jodmittel, von denen man einzelne Erfolge gesehen hat, dürften da am Platze sein, wo der sexuelle Reiz durch chronische Irritation und Entzündung der Urethra gesteigert wird; Lupulin in etwas grösserer Gabe (1,0 g mehrmals täglich in Pillen) und Bromkalium verdienen öftere Anwendung.

VI. Die Nahrungsverweigerung.

§. 611.

Bei Nahrungsverweigerung muss zuerst die Mundhöhle untersucht werden, da jene zuweilen durch Entzündung der Schleimhaut, durch Angina u. dgl. veranlasst werden kann. Häufig liegen ihr Wahnideen (Furcht vor Vergiftung oder nicht bezahlen zu können, oder des Essens nicht werth zu sein, oder der Wunsch zu verhungern) zu Grunde. Zureden oder der Versuch, dem Kranken etwas beizubringen, scheitern gewöhnlich. Man suche den Kranken durch Vorsetzen ausgewählter Speisen, die man ihm einsam überlässt und stillschweigend wieder fortnimmt, manchmal auch durch Beispiel von seinem Entschluss abzubringen; in anderen Fällen isst der Kranke, sobald man ihm die Speisen an den Mund führt. Mitunter wechselt der Zustand sehr schnell, der Kranke, der jetzt Nichts nimmt, isst nach einer Viertelstunde reichlich und mit Gier. Bei lange andauernder Speiseverweigerung nehme man übrigens zuerst keine reizenden Flüssigkeiten, wie Wein u. dgl., sondern milde Substanzen, Milch, Bouillon etc.

Bei manchen Kranken ist die künstliche Ernährung nicht zu umgehen; der Beginn der künstlichen Fütterung wird durch das Gewicht des Kranken resp. durch den Umstand, ob er etwa Flüssigkeit noch zu sich nimmt, entschieden.

Medicamente werden evtl. auf dieselbe Weise eingeführt. Zur Herstellung der flüssigen Nahrung empfiehlt Lailler (l. c.) eine Mischung von 4 Eiern, 2 l Milch, 250 g Bordeauxwein und 30 g trockenem Pepton oder Fleischpulver und für die Ernährung per rectum: Trockenes Pepton 60 g, ein Eigelb, Tinct. opii gtt. 5, Natr. bicarb. 0,5 g, Milch 125 g und Stärkemehl 5 g. Zur Abwechslung der Zusammensetzung bieten sich Zusätze von Kartoffeln, Erbsen, Linsen, Bohnen, Maronen etc. in Puréeform dar.

Die künstliche Ernährung ist 2—3 Mal täglich vorzunehmen. Der Körper des Kranken und der Kopf müssen sicher fixirt sein, wenn erforderlich, mit Hülfe von Wärtern (cf. Kraepelin l. c. p. 205 f.). Das Schlundrohr oder besser ein möglichst dicker, weicher, biegsamer Schlauch wird durch den mittelst eines Keiles offen gehaltenen Mund langsam am harten Gaumen entlang, an der Uvula vorbei, an der hinteren Wand des Pharynx vorsichtig in die Speiseröhre geschoben, am besten nur bis etwa auf $^2/_3$ in die Speiseröhre und nicht bis tief in die Magenhöhle eingeführt, da durch Anstossen an die innere Magenwand sehr leicht Erbrechen hervorgerufen werden kann. Von Vielen wird als sicherer bezeichnet, ein weiches Schlundrohr aus rothem Gummi durch die Nase in den

Rachen und weiter in den Oesophagus zu führen. Gelangt das Rohr in die Luftröhre, so sind die Erstickungserscheinungen so stürmisch, dass sie sofort auf das Unrichtige der Handlungsweise aufmerksam machen. Das Zurückziehen der Sonde geschieht Anfangs langsam, in der Gegend der Epiglottis schnell, die obere Oeffnung des Rohres wird dabei mit dem Daumen verschlossen gehalten, damit nicht etwaige Tropfen, die sich am Ende des Rohres befinden, durch den äusseren Luftdruck in die Luftröhre gelangen. Eine unangenehme Complication der Fütterung ist das Erbrechen, die Sonde muss dann schleunigst entfernt werden, da sonst die erwürgte Flüssigkeit in die Luftröhre gelangt (cf. Kraepelin l. c.).

Die Nahrungsverweigerung braucht nicht immer auf hallucinatorischer Basis zu beruhen, sondern sie kann auch durch somatische Erkrankung wie Magenkatarrh, Angina, Koprostase etc. hervorgerufen werden. Jedenfalls lässt man stets den Kranken zu Bett liegen, wodurch die Ausgabe für Eigenwärme und Muskelbewegung erheblich verringert wird. Bei den stuporösen oder apathischen Kranken sorge man für peinlichste Sauberkeit des Mundes, der Zunge, des Schlundes; täglich mehrmalige Reinigung mit Kali hypermanganicum ist durchaus nothwendig. Bei Bettruhe und gutem Ernährungszustande des Kranken kann, wenn derselbe wenigstens Wasser zu sich nimmt, eine Zwangsfütterung bis zu 8 Tagen verschoben werden. Führen dann ernährende Klystiere oder die Anwendung der Schnabeltasse nicht zum Ziel, so muss zur zwangsweisen Fütterung geschritten werden. Die Italiener nehmen bei der künstlichen Ernährung eine Nelaton'sche Sonde, welche bei einer Länge von 35 cm nur bis in das untere Drittel des Oesophagus gelangt, wodurch das gewaltsame Eindringen der Flüssigkeit in die Magenhöhle möglichst vermieden wird. Auf das Ende der Sonde wird ein Gummiballon mit Saug- und Druckventil, der etwa 1 Deciliter Inhalt hat, gesetzt und die Nährflüssigkeit durch rhythmisches Comprimiren des Ballons aus einem bereitgehaltenen Gefässe in den Oesophagus resp. Magen gepumpt; die eigene Schwere der Nährflüssigkeit genügt öfters nicht, um den Widerstand, den Schleimanhäufungen etc. hervorrufen können, zu überwinden.

VII. Die Präcordialangst.

§. 612.

In den Angstzuständen der Dysthymiker, die mit einem beängstigenden und beklemmenden Gefühl in der Brust einhergehen, ist von Seiten des Wartepersonals unausgesetzte Ueberwachung des Kranken nothwendig, da derselbe jeden Augenblick Hand an sich legen oder destruirende Handlungen gegen seine Umgebung begehen kann. Bettruhe

ist erforderlich; Opium oder Morphium sind in subcutaner Anwendung oder innerlich zu verordnen; Chloralhydrat empfiehlt v. Krafft-Ebing besonders bei Masturbanten und Neurasthenischen.

VIII. Die Hallucinationen.

§. 613.

Der Krankenraum ist hell zu erleuchten. Gewisse Kranke haben mehr Visionen in der Dunkelheit. Nicht ohne Einfluss sind vielfach Licht und Schall. Gehörshallucinanten hören oft mehr Stimmen, wenn sie allein sind. Ausserdem ist eine ophthalmoskopische und otiatrische Untersuchung nothwendig. Sehr häufig hat Sulfonal, bei Intoxikationen Morphium eine beruhigende Wirkung.

IX. Die Schlaflosigkeit.

A. Im Allgemeinen.

§. 614.

Es ist festgestellt, dass während des Schlafes Anämie des Gehirns vorhanden ist, die aber erst auf ein relativ flüchtiges Stadium von Hyperämie einsetzt. Auf der Herbeiführung von Anämie des Gehirns und von Muskelerschlaffung beruht wahrscheinlich die ermüdende und Schlaf befördernde Wirkung warmer, prolongirter Bäder, der Senfbäder, der feuchten warmen Einwicklungen, der kalten Abreibungen, Douchen etc. bei derjenigen Agrypnie, welche acute Krankheiten begleitet. Bei schweren chronischen Insomnieen regen diese Proceduren jedoch mehr auf, als dass sie beruhigen; von prolongirten warmen Bädern habe ich selten eine hypnotische Wirkung gesehen, die Kranken wurden nur schlaff, nicht müde.

Das bekanntlich leichtere Eintreten von Schlaf nach starker Körperbewegung ist bedingt durch Bildung von Milchsäure im Körper, welche nach der Selbstvergiftungstheorie Prager's den Schlaf herbeiführen soll. Damit stimmt auch die Thatsache überein, dass ein unruhiger Säugling nach dem Genuss von Milch leichter einschläft, als nach blossem Fenchelthee. Bei schwachen Graden von Agrypnie kann auch der Genuss von Milch oder Molken, von Zuckerwasser mit krampfstillenden oder leicht narkotischen Zusätzen wohlthätig wirken, sofern der Magen nicht dadurch belästigt wird.

Die Behandlung der Schlaflosigkeit der Irren muss individualisirend sein und auf die Beseitigung der Ursachen ihre Aufmerksamkeit richten. Bei Inanitionszuständen des Gehirns und centraler Anämie als Ursache

des ausbleibenden Schlafes empfiehlt v. Krafft-Ebing Bettruhe, reichliche Abendmahlzeiten nebst Spirituosen, kräftiges Bier, guten alten Wein, Glühwein, Weinpunsch, von Medicamenten Paraldehyd, weitergehend auch Chloralhydrat. Die auf dem Boden einer Intoxikation stehende Schlaflosigkeit pflegt allmählich zu weichen, wenn der toxische Stoff eliminirt ist. Die Agrypnie in der Entwöhnungsperiode bei Morphinisten wird durch die Zeit gemildert.

Bei Insomnieen, welche direct durch ein Leiden oder eine Ueberreizung der Grosshirngangliensysteme erzeugt werden, können wir unter Umständen auch direct, sei es antiphlogistisch oder operativ, einschreiten. Bei Agrypnieen infolge von Gemüthsleiden, Hirnschwund, Hirnerweichung und beim Greisen-Blödsinn oder infolge ererbter nervöser Störung giebt es nur die symptomatische Behandlung. Ueberreizung des Gehirns durch übermässige Geistesanstrengung, auch schon blosse Leidenschaften ohne combinirte Ueberanstrengung vermögen durch sie begleitende vasomotorische Veränderungen der Innervation der Hirnblutgefässe den Schlaf zu vermindern, ebenso Sorge, Furcht, Erwartung, Habgier, Gewissensbisse, Schreck. Herausreissen aus den bisherigen Lebensgewohnheiten, Wechsel des Ortes ist hier nebst Reisen und Zerstreuungen wohlthätig, dazu Nerven beruhigende Mittel oder leichte Narkotica (Brom, Alkohol), um Vergessen und Schlaf zu bewirken. Abgemagerte und anämische Individuen bedürfen meist Monate lang absoluter Ruhe, körperlicher Pflege, Besserung von Appetit und Verdauung, kleiner Dosen Chinin (0,01—0,015) mehrmals täglich; ihnen ist auch die Weir-Mitchell-Kur nützlich: passive Bewegung bei reichlicher Ernährung, allgemeine Massage, Faradisation oder Galvanisation (cf. Binswanger: Therapeutische Monatshefte 1888).

Bei den indirect erzeugten Insomnieen weist die Indicatio causalis (unzweckmässige Lebensweise, aufregende Gespräche und Lectüre, Mangel an Bewegung und Blutstockung, zu reichliche Abendmahlzeiten, übermässiger Kaffee-, Thee- und Tabakgenuss) ohne Weiteres auf das einzuschlagende Verfahren hin. Gegen fieberhafte Zustände braucht man Antipyretica, Bäder, wiederholte kalte Einwicklungen, kalte Umschläge auf den Kopf oder Leib, bei den Schlaf mindernden Störungen des Blutumlaufs: Digitalis, Chinin, Bromide. Im Allgemeinen ist zunächst in Erwägung zu ziehen, ob acute oder voraussichtlich chronische Schlaflosigkeit vorliegt. Bei letzterer kommt es auf Promptheit der Wirkung weniger an. Gefahrlos ist jedes Mittel, welches auf den Organismus nicht deletär, nicht schon in sehr kleinen Dosen toxisch wirkt. Bei der chronischen Schlaflosigkeit sind ausserdem noch die weiteren Folgen, welche der wiederholte Gebrauch des Narkoticums auf das Centralnervensystem, das Herz, die Ernährung ausüben kann.

ferner sein Einfluss auf den Ablauf der Grundkrankheit und die Möglichkeit der Angewöhnung an das Mittel zu erwägen.

Häufig kommt es auch darauf an, die Patienten unter die für den Schlaf günstigen Bedingungen zu versetzen: äussere Sinnesreize müssen thunlichst abgehalten werden, rationell ist es, im Dunkeln oder, für ängstliche und an völlige Finsterniss nicht gewöhnte Personen, in mehr oder weniger verdunkelten Zimmern zu schlafen. Die Temperatur eines Schlafzimmers soll im Allgemeinen 14—15° betragen; im Uebrigen ist gerade in diesem Punkt individueller Gewohnheit Rechnung zu tragen. Sehr hinderlich wirkt locale Kälte, wie sie unter Anderem durch langes Aufsitzen und Arbeiten in der Nacht an den Beinen entsteht. Geräusch muss dem Ohre fern gehalten werden, während Monotonie dem Schlaf im Ganzen günstig ist.

B. Schlafmittel.

§. 615.

1. Alkohol (Wein, Bier, Porter, Cognac etc.) ist ein gutes Hypnoticum bei allen Fällen, wo die Schlaflosigkeit einfach durch erhöhte Centralreizbarkeit und Mangel an Ermüdung bedingt ist; bei hysterischer und neurasthenischer, bisweilen auch bei seniler Agrypnie ist daher zunächst ein Versuch mit diesem Mittel zu machen. In acuten Fällen von Insomnie (spec. fieberhaften Fällen) wird ein concentrirtes, hochprocentiges Getränk gern angeordnet, sobald durch schwere narkotische Reizmittel Herz-Paralyse befürchtet wird. Bei congestionirten Kranken ist mit Alkohol Vorsicht geboten. In chronischen Formen von Insomnie kann schweres Bier etc. längere Zeit helfen, wenn nebenher Arbeit und starke Bewegung im Freien verordnet ist; doch schwächt die Gewöhnung an grössere Alkoholgaben die einschläfernde Wirkung, und sie kann sich zur gesundheitschädlichen Gewohnheit nach Beseitigung der Insomnie ausbilden.

2. Opium und Morphium. Trotz der Gefahren ihres prolongirten Gebrauchs sind diese Alkaloïde schwerlich ganz zu entbehren, denn sie besitzen die beiden Haupterfordernisse guter Schlafmittel: Promptheit der Wirkung und Unschädlichkeit bei sachgemässer Benutzung. Daneben haben beide eine Schmerz stillende, sedative, ausserdem noch eine tonisirende Kraft. Bei anhaltendem Gebrauch ist die Gefahr der Gewöhnung an die Mittel nicht ausser Acht zu lassen. Opium und Morphium, in kleinen Dosen verabreicht, erregen lediglich und hindern den Schlaf. In grossen Gaben congestioniren sie das Cerebrum; daher ist bei abnormer Blutfülle (ausgedehnter Lungenentzündung, Hirnapoplexie etc.) nicht allein wegen der nachfolgenden Herzschwäche die Dosis mit

Vorsicht abzumessen, sondern die Congestionszustände sind durch kalte Umschläge auf den Kopf zu mildern. Im Allgemeinen wird man hier zu einem anderen Mittel greifen müssen. Opium ist ein besseres Beruhigungsmittel bei schmerzhaften Darmleiden und bei der nächtlichen Unruhe verschiedener, im Alter auftretender Formen von Geisteskrankheit; es ist ein promptes Mittel bei der Schlaflosigkeit deliranter Säufer. Empfehlenswerth ist es bei den protrahirten Erregungszuständen. Bei kleinen Kindern sind Opiate möglichst zu vermeiden; man giebt bei der nächtlichen Unruhe während der Dentition Kalium bromatum 0,25 g auf zwei Mahlzeiten Milch vertheilt.

3. Von anderen Alkaloïden des Opiums haben Narceïn und Codeïn eine Schlaf machende Wirkung; Narceïn in der Dosis von 0,10 g ist auch bei unruhigen Kranken von Wirkung.

Codeïn (Offic. Maximaldosis 0,05 g pro dosi 0,2 g pro die) in abendlichen Gaben von 0,01—0,015 g wirkt specifisch bei Unterleibsleiden Schmerz stillend, es ist jedoch von Congestionen zum Gehirn begleitet.

4. Chloralhydrat ist das absolut sicherste Somniferum in Bezug auf Promptheit und Intensität der Wirkung. Bei der weitaus grössten Zahl der Schlaflosen, bei den heftigsten Deliranten kann durch grössere Gaben, die man der Vorsicht wegen in refracta dosi reicht, Schlaf erzwungen werden. Allerdings wächst mit der Grösse der Dosen auch die Gefährlichkeit des Mittels. Vortrefflich wirkt es beim Del trem., ferner bei Convulsionen und dem epileptischen état de mal. Be. längerer Anwendung führt es zu chronischen Intoxikationen (Vaso-i parese, Anämie, Oedem, Neigung zu Blutung, Decubitus und zu geistiger Abstumpfung). Das häufigste Symptom des chronischen Chloralgebrauches ist der Rash, d. h. eine beim geringsten Alkoholgenuss auftretende fliegende Röthe mit starker Pulsation der Gefässe, besonders am Kopf und Hals, mitunter bis über die Brust und den Rücken.

Contraindicationen sind Gicht, Hysterie, Atheromatose, Herzkrankheiten (Fettherz, Myokarditis, Klappenfehler), Leber- und Magenkrankheiten; ausserdem hat man sich zu hüten, dort mit grossen Dosen Schlaf zu erzwingen, wo im Excitationsstadium die Pupillen steif bleiben und sich nicht verengen. Chloralhydrat ist immer innerlich zu geben, am besten mit Weissbier im Moment des Aufschäumens. Eine Gewöhnung an das Mittel giebt es nicht in dem Sinne, dass von Zeit zu Zeit in der Höhe der Dosis gestiegen werden muss. Gegengift ist bei Chloralintoxikationen Strychnin. Bei Magenleiden und bei heftigem Widerstreben des Patienten gegen innerliche Einnahme ist die zuerst von E. Levinstein geübte Einverleibung per Klysma zu wählen.

Bei Berücksichtigung der gedachten Gegenanzeichen kann besonders

mit kleinen Dosen (1—1½—2 g) von Chloral ein weitgehender, nützlicher Gebrauch bei acuter wie chronischer Schlaflosigkeit gemacht werden. Für Fälle extremer Unruhe und dadurch gesetzter Schlaflosigkeit, also bei asthenischen Gehirnzuständen, bei Erscheinungen von Gefässkrampf und cerebraler Anämie giebt man eine Combination von Chloral und Morphium in kleinen Dosen oder Einverleibung des Chlorals per os und eine kleine Morphiumdosis als Injection vorausgeschickt. Die Morphiumbeigabe unterdrückt bei denjenigen Personen, die durch Chloral allein stark erregt werden, diese Excitation; ferner bewirkt es vermöge seiner die Secretion hemmenden Eigenschaften, dass das Chloral weniger schnell zur Ausscheidung gelangt. Gerade deswegen bedarf es beim Gebrauch solcher Mischungen besonderer Vorsicht, weil sonst eine gefährliche cumulative Wirkung entstehen kann.

5. Paraldehyd ist ein Schlafmittel, welches ohne erhebliche Excitation wirkt und im Gegensatz zu Chloral die Herzkraft nicht wesentlich schwächt. In grossen Dosen und lange Zeit gebraucht, bewirkt es aber doch vasomotorische Störungen. Am besten giebt man es zu 3—8—12 g mit Wein oder in Tinct. auranthii simplex. Uebles Befinden ist nach dem Erwachen selten, der Schlaf leiser als nach Chloral. Insbesondere eignet es sich für solche Fälle, bei welchen das Einschlafen erschwert ist; es tritt keine cumulative Wirkung, jedoch bei manchen Patienten nach längerem Gebrauch Gewöhnung an das Mittel ein, sodass höhere Dosen erforderlich werden. Beginnt seine Wirkung zu versagen, so kann man es temporär aussetzen. Es hat keine unangenehme Nachwirkung, doch hat es einen recht störenden Nachtheil: einen äusserst widerlichen Geschmack und Geruch, der wegen der Ausscheidung durch die Lunge noch 12—24 Stunden nach der Einnahme zurückbleibt, man kann dann geradezu von einer Paraldehyd-Atmosphäre sprechen. Dabei wird es vornehmlich wegen des kratzenden Geschmacks ebenso wie Chloral gern von Säufern als Schlafmittel genommen. Es ist ein werthvolles Hypnoticum bei Inanitionszuständen, bei den auf hysterischer und neurasthenischer Grundlage sich bewegenden Psychosen, bei chronischen Leiden des Centralnervensystems, wo nicht heftige Schmerzen oder übergrosse Aufregung zu bekämpfen sind, ferner bei der rein nervösen, essentiellen Agrypnie aus moralischen Ursachen, endlich bei der Agrypnie unruhiger Epileptiker, ruhiger Paralytiker, Chloralsüchtiger.

Es kann bei Fettherz etc. anstandslos gegeben werden, desgleichen auch bei gastrischen Zuständen; zu vermeiden ist es bei frischen Magenleiden, Bronchitis und allen acuten Respirationskrankheiten, da es die Schleimhäute reizt. Wenig wirkt Paraldehyd bei Hypochondern, den Depressionszuständen und den cyklischen Formen von Geistesstörungen.

6. Amylenhydrat übertrifft in Bezug auf Promptheit der Wirkung jedenfalls das Paraldehyd und schwächt das Herz nicht. Es tritt jedoch sehr leicht Gewöhnung ein, und im Ganzen wird der Magen schlecht beeinflusst. Es schmeckt ebenso schlecht wie Paraldehyd, hat aber keinen so nachhaltigen, üblen Geruch. Die Dosirung beträgt 3,0—5,0 (4,0 pro dosi! 8,0 pro die!) für Erwachsene, (0,2 für Kinder unter einem Jahre, 0,6 für Kinder bis 10 Jahr). Als Geschmacks-Corrigens eignet sich am besten Cognac. Der Amylenhydrat-Schlaf ist jedoch meist kurz und unterbrochen. Die Schlaf machende Wirkung ist am besten bei blödsinnigen Paralytikern. Bei täglicher Anwendung empfiehlt sich die Abwechslung mit anderen Hypnoticis. Im Status epilepticus ist eine Dosis von 3,5 g zu empfehlen. Da es den Hustenreiz mildert, ist es bei Krankheiten des Respirationstractus (Tussis convulsiva, Emphysem, Tuberculose) bewährt befunden. Auch bei chronischen Formen der Insomnie, bei der rein nervösen Agrypnie wirkt es gut. 5—7 g führen auch bei schwerster, agitirter Hypochondrie und bei hysterischer Dysthymie zu regulärem Schlaf.

7. Sulfonal ist ein starkes und sicheres Schlafmittel, dem dauernd, wenn es in grösseren Dosen (2—5 g) verabreicht wird, nur wenige Patienten Widerstand leisten. Wegen seiner Geruchlosigkeit und fast völligen Geschmacklosigkeit kann es leicht und unbemerkt beigebracht werden, und es wirkt auf die vegetativen Organe nicht nachtheilig. Es bedarf längerer Zeit, bis der Schlaf erfolgt, denn die Ausscheidung der aus dem Sulfonal im Organismus gebildeten Sulfosäuren erfolgt so langsam, dass sie ihr Maximum erst an dem Tage erreichen, welcher dem Einnehmen folgt. Daraus folgt, dass man bei chronischen Insomnieen Sulfonal nicht beständig hinter einander geben kann. Dann werden auch die unangenehmen Folgen nicht in die Erscheinung treten: Muskelschwäche, Schwindel, Augenflimmern, Taumel, Abgeschlagenheit, Eingenommenheit des Kopfes.

Eine eigentliche Contraindication des Sulfonals ist bisher nicht bekannt geworden. Bei acuten Formen im Delirium tremens, bei hohem Typhusfieber und Asthma kardiale soll es wirkungslos sein, dagegen ist es sonst mit Vortheil bei Herzkranken mit und ohne Compensation, bei Meningitis spinalis, Apoplexie angewendet worden. Bei nervöser Schlaflosigkeit mit motorischer Unruhe, Chorea, Tic, allen psychischen Aufregungszuständen, sowohl hyperthymischer wie dysthymischer Natur, hat es sich vorzugsweise bewährt. Man giebt es dann mehrmals täglich in Dosen von $^1/_2$—1 g. Ich habe es bei einer maniakalischen Periodicität Monate lang in grossen Dosen ohne Nachtheil, besonders ohne Abschwächung des Intellects, der nach Erlenmeyer eintreten soll, gegeben. Auch bei einem Falle von multipler Sklerose mit choreaartigen Be-

wegungen brachte das Sulfonal ruhigen Schlaf, und es trat beim weiteren Gebrauch eine bemerkenswerthe Abnahme der Bewegungen ein.

Von Marandon de Montyel werden behufs Verhütung unangenehmer Nebenerscheinungen und mit Rücksicht auf accumulative Wirkungen des Sulfonals kleine, abendliche Dosen von 1—$1^1/_2$ g statt 3—4 g empfohlen. Dieser Autor beobachtete bei der grossen Mehrzahl der Fälle, in welchen das Sulfonal günstige Wirkungen hatte, Intoxikationserscheinungen und fand es in der Hälfte der Fälle unwirksam. Auch Erlenmeyer räth zur Vorsicht, nicht nur bei der einzelnen Dosis, die nie über 2 g betragen sollte, sondern auch bei fortgesetzter Verabreichung kleiner Dosen, da 5 g dement machen.

8. Somnal erzeugt schon eine halbe Stunde nach der Einnahme einen ruhigen, 6—8 Stunden langen Schlaf, ohne nachherige unangenehme Nebenwirkungen. Es soll keinen Einfluss auf die Verdauung, den Puls, die Athmung und die Temperatur ausüben, eine Behauptung, die bei der Zusammensetzung des Mittels a priori etwas unglaublich erscheint. Es wird in folgender Form verordnet: Rp. Somnal 10 g, aq. dest. 45,0 g, succ. Liqu. 20,0 g, Abends einen Esslöffel.

9. Urethan ist ein mildes Hypnoticum bei nervöser Agrypnie, auch bei Herzfehlern und starker Athemnoth. Dosis 2—3 g Abends mit Zuckerzusatz.

10. Extr. Cannabis Ind. ist sehr unsicher in seiner Wirkung. Cannabinon ist unbrauchbar wegen langen Herzklopfens, Schwindels, erschwerter Sprache etc.

11. Methylal, bei innerer Darreichung unsicher, ist neuerdings von v. Krafft-Ebing gegen Del. trem. subcutan 0,1 g in Lösung 1 : 9 Wasser, und zwar 1—3 Injectionsspritzen innerhalb 24 Stunden angelegentlichst empfohlen worden. Die Wirkung tritt erst 1—2 Stunden nach der Injection ein. Der Schlaf ist ein tiefer, erquickender, ohne alle Nachwirkungen.

12. Bromkali kann auch während fieberhafter Zustände und bei leichter Insomnie und Unruhe vorübergehend mit Nutzen gebraucht werden, nicht aber längere Zeit wegen schlechter Wirkung auf den Magen und die Talgdrüsen. Ferner tritt erhebliche Abschwächung der Intelligenz bis Blödsinn bei langer Darreichung ein.

13. Chloralamid. Angewandte Dosen 2—4 g (2 + 2 innerhalb einer halben Stunde), leicht zu verdeckender Geschmack, Schlaf ziemlich prompt 1—2 Stunden nach der Einnahme, doch von etwas kürzerer Dauer. In der Anwendung des Mittels empfiehlt Langgaard (l. c.) Vorsicht bei Herzkrankheiten, weil dasselbe eine bedeutende Abnahme der Gefässspannung erzeuge, den Blutdruck erniedrige und die Pulsfrequenz verschlechtere. Diese Nebenwirkungen konnte, ebenso wie

v. Mehring und Zuntz, auch Malschin (cf. l. c.) nicht nachweisen, welcher nur häufig Kopfschmerz und Schwindel beobachtete; dagegen zeigte sich das Mittel gegen Schlaflosigkeit in maniakalischen Erregungszuständen unwirksam.

C. Zusammenfassung. Vergleichung der verschiedenen Narkotica.

§. 616.

Ist für eine vergleichende Prüfung der narkotischen Kraft die Stärke des herbeigeführten Bewusstseins-Verlustes, die Einbusse an Aufnahmefähigkeit für peripherische Sinneseindrücke, der Verlust der reflectorischen Antwortsbewegung bestimmend, so ist das stärkste Narkoticum dasjenige, welches schon in den kleinsten Dosen die erwähnten Erscheinungen und selbst den Tod herbeiführt. Von diesem Gesichtspunkte aus erhalten wir die abfallende Reihe: Morphium, Chloral, Amylenhydrat, Paraldehyd, Sulfonal (Jastrowitz l. c.).

Fragen wir aber, welches Mittel in lebensungefährlichen Dosen am ehesten Schlaf bringt, alsdann ergiebt sich folgende, gleichfalls abfallende Reihe: Chloral, Sulfonal, Amylenhydrat, Paraldehyd, Morphium. Beide Reihen zeigen evident die Vorzüge des Sulfonals, indem es mit zweithöchster Schlaf machender Wirkung die niedrigste Stufe der narkotischen Gefährlichkeit verbindet.

SIEBENTES CAPITEL.

Behandlung in besonderer Pflege.

I. In der Irrenanstalt.

1. Wirkung des Aufenthalts in der Irrenanstalt.

§. 617.

Eine tausendfältige Erfahrung hat gezeigt, dass den genannten Indicationen (§§. 580, 581) meist nur durch eine radicale Umänderung aller Aussenverhältnisse, durch gänzliche Entfernung des Kranken von seinen gewohnten Umgebungen, durch die Versetzung zu völlig andersartigen und neuen Eindrücken entsprochen werden kann.

Nur selten genügt hierzu ein blosser Wechsel des Wohnorts, etwa ein Landaufenthalt in einfachen, ansprechenden Umgebungen. Grössere Reisen, in den mässigeren Zuständen von Hypochondrie oft von grossem Nutzen, aber immer nur bei Wenigen anwendbar, sind bei allem ausgebrochenen, tieferen Irresein durchaus unzulässig. Sie vermehren gewöhnlich die Aufregung; es sind uns die bedenklichsten Ver-

legenheiten und die gefährlichsten Auftritte bekannt, welche der Ausbruch der Hyperthymie auf solchen „Vergnügungsreisen“ zur Folge hatte, und mit Recht hat man an den alten Ausspruch erinnert, dass durch Flucht und Ortswechsel der Mensch doch sich selbst, den inneren Gründen seiner Gefühlsbelästigung nicht entrinne.

Dagegen ist die Versetzung in Verhältnisse, die speciell für die Verpflegung solcher Kranken eingerichtet sind, in eine gute Irrenanstalt, die in der grossen Mehrzahl der Fälle am dringendsten indicirte Maassregel, und je früher sie vorgenommen wird, um so grösser ist die Wahrscheinlichkeit der Herstellung des Kranken. Sie dient vor Allem zu seinem Schutze. Denn nirgends in den gewöhnlichen Lebensverhältnissen ist dieser vor Zudringlichkeit, vor einer auch beim besten Willen meistens höchst unzweckmässigen Einwirkung seiner Umgebungen geschützt, nirgends findet er jene Schonung, welche aus einer klaren Einsicht in seinen Zustand hervorgeht; der immer zunehmenden Verstimmung setzen die Angehörigen des Kranken, als ob sich ihr dieser noch freiwillig entziehen könnte, meistens allerlei Zureden, gewöhnlichen Trost oder sogenannte Vernunftgründe entgegen, wenn sein Zustand nicht gar für Verstellung gehalten und mit derber Zurechtweisung gestraft wird; Niemand unter den Gesunden versteht den Kranken, Nachgiebigkeit und Strenge werden am unrechten Platze angewandt, das Misstrauen wächst unter solcher Behandlung, und es kommt zu unangenehmen Scenen und Kämpfen, welche nicht nur den Kranken im höchsten Grade irritiren, sondern deren Erinnerung auch dem Genesenden noch die Rückkehr des alten Verhältnisses zu seiner Umgebung erschwert. Am meisten natürlich da, wo in dem Familienleben selbst eine Quelle der Erkrankung lag, ist eine sofortige gänzliche Entfernung aus demselben erste Bedingung; aber auch wo dies nicht der Fall ist, wird oft erst durch die unzweckmässige Behandlung, die der Erkrankte von Seiten seiner nächsten Umgebung erhält, Abneigung und Feindschaft gegen sie in ihm geweckt, und dadurch die vollständige Isolirung gefordert. Mit dieser aber soll auch die ganze Ideenrichtung des Kranken rasch unterbrochen und umgeändert, durch neue Eindrücke, neue Gemüthsbewegungen soll der Hingabe an die immer mächtiger werdende krankhafte Verstimmung entgegengetreten werden. Wie günstig in dieser Beziehung die Versetzung in eine Anstalt wirkt, zeigt sich in manchen Fällen darin, dass der blosse Eindruck dieser Versetzung genügt, um die Krankheit zu brechen, dass bei einzelnen bis dahin höchst schwierig zu behandelnden Kranken von der Stunde ihrer Aufnahme an nicht nur vollständige Ruhe eintritt, sondern sogar die entschiedenste Reconvalescenz beginnt, während bei der grossen Mehrzahl die erste Zeit ihres Aufenthalts in der Anstalt wenigstens durch eine auffallende

Remission bezeichnet wird. Hier allein, im Irrenhause, findet der Kranke, der nicht mehr in die Welt der Gesunden taugt, Alles beisammen, was sein Leiden erfordert, einen mit der Behandlung solcher Zustände genau vertrauten Arzt, geübte Wärter, eine ganze Umgebung, welche consequent und den Umständen angemessen zu handeln weiss, ein Asyl, wo sein krankes Thun und Treiben vor zudringlichen Blicken geschützt ist, wo ihm die nöthige Ueberwachung geräuschlos zu Theil wird, wo ihm aber auch gewöhnlich ein weit höheres Maass von Freiheit als unter allen anderen Umständen gegeben werden kann. Hier kann er sich im Nothfalle ausweinen oder austoben, meist aber wird seine äussere Unruhe und die laute Aeusserung seiner krankhaften Triebe hier schon durch das Beispiel der übrigen Kranken, durch den herrschenden Geist des Friedens und der Ordnung wesentlich beschränkt; er wird in die ruhige Bewegung des ganzen Hauses von selbst hineingezogen; etwaigem Widerstande tritt weit weniger directer Zwang, als das eigene Gefühl der Unterwerfung unter die imponirende Gewalt des Ganzen entgegen; er findet hier Schonung und Aufmerksamkeit, die Sprache der Vernunft und des Wohlwollens, er fühlt, dass er seinem Zustande gemäss wirklich als ein Kranker behandelt wird, aber er bemerkt auch, dass Widersetzlichkeit hier nicht fruchten würde, er lernt bald sich den ärztlichen Anforderungen fügen und sieht, wie die Art seiner Behandlung, wie das Maass von Freiheit und Genuss, das ihm zu Theil werden kann, von dem Grade seiner Fassung und von seinem eigenen Verhalten abhängt. So findet er hier wesentliche Hülfen der Selbstbeherrschung, er lernt wieder aus sich heraustreten, während gleichzeitig den Bedürfnissen der somatischen Behandlung durch eine seinem Zustand angemessene Diät, durch Bäder, Bewegung im Freien, Arzneien etc. umfassend und beharrlich genügt werden kann. So bekommt der Kranke das Bewusstsein einer verständigen, milden, aber consequenten Leitung, er fasst wieder Vertrauen und Hoffnung, das Beispiel der Genesenen und Reconvalescenten erweckt ihm die eigene Zuversicht der Herstellung, und meist legt er auch dann, wenn wieder die gesunde Sehnsucht einer Rückkehr nach Hause sich einstellt, den Zeitpunkt seiner Entlassung vertrauensvoll in die Hände des Arztes.

2. Nothwendigkeit der Versetzung in die Irrenanstalt.

§. 618.

Die meisten Genesenen segnen ihren Eintritt in die Anstalt: und die Vortheile dieser Versetzung, von Esquirol zuerst aufs eindringlichste geltend gemacht, sind seither nicht nur in der Psychiatrie zu einem durch tausendfache Erfahrung bestätigten Grundsatze geworden, sie

werden auch immer mehr von der Menge der Aerzte und von den Laien selbst anerkannt. Doch ist diese Versetzung, welche einerseits bei bestehender Indication nicht frühe genug geschehen kann, andererseits aber doch nicht ohne wichtige Folgen für die spätere bürgerliche Existenz des Kranken ist, immer ein wohl zu überlegender Schritt. Die erste und dringendste Indication giebt immer ein Zustand des Kranken, wo er sich selbst oder Anderen gefährlich werden oder sonstige grosse Störungen verursachen kann, also der Ausbruch eines heftigen Erregungszustandes mit destructiven Impulsen oder dringende Zeichen ihrer Annäherung, ebenso die Neigung zum Selbstmord, dem in Privatverhältnissen fast nie sicher begegnet werden kann, ebenso eine nicht bald zu überwindende Nahrungsverweigerung. Erregte bedürfen der Anstalt wegen der aus Heilungsgründen geforderten Isolirung und ihrer Gefährlichkeit, desgleichen Epileptiker mit Aufregungszuständen, Paranoische mit Wahnvorstellungen, Paralytiker in den Anfangsstadien ihres Leidens, viele unruhige Blödsinnige. Der secundäre, apathische und der paralytische Blödsinn gestattet, wo eine sorgfältige Verpflegung stattfinden kann, wohl den Aufenthalt in Privatverhältnissen. Ueberhaupt nicht in Irrenanstalten gehören verbrecherische Irre. Schwierig ist die Stellung der Indication nur zuweilen bei der Schwermuth. Eine Aufnahme in eine Irrenanstalt ist thunlichst zu umgehen bei hypochondrischen und hysterischen Kranken, bei raisonnirendem Irresein, zumal wenn die Träger derselben reizbare, misstrauische, Verfolgung witternde Individuen sind; erst da, wo die Selbstbeherrschung ganz unmöglich geworden wäre, dürfte hier die Maassregel indicirt sein. Auch die einfache Schwermuth indicirt noch nicht gleich in den ersten Wochen den Eintritt in die Anstalt; solange sie auf einem sehr milden Grade noch mit Schwankungen zum Besseren bleibt, ist hier eine sonstige Veränderung der Aussenverhältnisse, ein Landaufenthalt etc. passender, vorausgesetzt, dass der Kranke dort von verständigen, die ärztlichen Anordnungen pünktlich ausführenden Menschen umgeben ist; hat dagegen die Melancholie schon einige Monate gleichförmig fortgedauert, nimmt sie immer zu, entwickeln sich Wahnvorstellungen, die auch nur einige Beharrlichkeit haben, sind Hallucinationen beunruhigender Art vorhanden, wendet sich der Zustand zu stumpfsinniger Versunkenheit oder zur Aeusserung negativer Triebe, so ist nicht länger mit der Versetzung zu zögern. — Indessen hängt die Indication zu der Maassregel in vielen Fällen weniger von der Form und der Art der Krankheit, als von den Aussenverhältnissen und dem Charakter des Kranken ab; sie ist aber immer um so nothwendiger, je weniger dem Kranken in der Familie Alles das zu Theil werden kann, was sein Zustand fordert, je weniger in Privatverhältnissen die zur Kur nothwendigen Maassregeln

durchgeführt werden können, je mehr hier der Kranke sich gegen sie vollends zum Widerstande geneigt zeigt.

Neben den öffentlichen Anstalten, die auch Kranke der besseren Stände in besonderen Abtheilungen als sogenannte Pensionäre aufnehmen, wie z. B. Leubus, Ilmenau, Werneck, giebt es Privatirrenanstalten, welche meist ausschliesslich für die höheren Stände bestimmt sind und grossen Ansprüchen gegenüber eine Reihe von Vortheilen bieten, die eine öffentliche Anstalt in keiner Weise gewähren kann. Ein Beweis für das wirkliche Bedürfniss derselben ist ihre wachsende Zahl und zunehmende Grösse.

Das Vorurtheil, dass die Vernunft des Kranken durch die Umgebung mit anderen Irren nur noch tiefer leiden werde, zeugt von vollständiger Unkenntniss der Sache. In jeder wohlgeordneten Anstalt findet eine zweckmässige Scheidung der Kranken statt, sodass der einzelne immer nur mit Wenigen, zu seiner Gesellschaft passenden, der frisch Erkrankte z. B. mit dem Verkommenen und Versunkenen, deren Eindruck auf ihn allerdings ein übler sein könnte, niemals zusammentrifft. Die einzelnen Kranken, die unter sich in Berührung kommen, verhalten sich auch beim besten Vernehmen doch ziemlich gleichgültig gegen einander, indem Jeder fast nur mit sich selbst beschäftigt ist; Viele bemerken das Irresein der Anderen und werden durch die gleiche Behandlung, die auch ihnen selbst zu Theil wird, auf ihren eigenen Zustand aufmerksam. Von positiv günstigem Einflusse auf die neuen Kranken aber ist es, dass sie durch das Beispiel ihrer Umgebung in die Ordnung und Bewegung der Anstalt von selbst hingeleitet werden, dass sie von den anderen Unterwerfung unter das Ganze lernen und aus den in ihrer Umgebung geschehenden Genesungen und Entlassungen selbst Motive, sich zu beruhigen und wieder zu hoffen, schöpfen.

3. Länge des Aufenthalts in der Irrenanstalt.

§. 619.

Ist allen psychischen Kranken der dauernde Aufenthalt in der Anstalt bis zur vollendeten Genesung vortheilhaft?

Es giebt Momente, die in einzelnen Fällen der Genesung der Kranken gerade in den Anstalten entgegenstehen: das Heimweh, die ungestüme, unvertilgbare Sehnsucht mancher Individuen nach Hause, nach ihren Angehörigen. Gemüthsmenschen und solche Leute, die noch nicht längere Zeit von ihren Angehörigen getrennt waren, vielleicht auch ältere, pedantischer gewordene, die sich nicht mehr an eine neue Umgebung gewöhnen können, dürften wohl besonders ins Auge gefasst werden. Der Versuch der Entlassung verdient öfter vielleicht, als es geschieht, bei denjenigen Fällen gemacht zu werden, in welchen die Sehnsucht nach dem Heim dauernd das Fühlen und Vorstellen der Kranken beherrscht.

Der Augenblick, in welchem die Vorstellung des Ich und seines Verhältnisses zur Umgebung wieder erwacht und das Bewusstsein, sich

im Irrenhause zu befinden, eintritt, muss allen sensiblen und intellectuellen Kranken ein höchst unangenehmer, peinlicher sein; solche Kranke ohne alles eigentliche Heimweh soll man, sofern die häuslichen Verhältnisse es zulassen, selbst ohne Drang der Angehörigen und der Kranken, sich nicht scheuen, probeweise zu entlassen, sobald sich der Eintritt der Reconvalescenz verzögert. In periodischen Fällen und bei Kranken, die ein Recidiv befürchten lassen, leistet frühe Entlassung der Wiederkehr des Anfalls Vorschub. Besonders ist dies der Fall bei sogenannten geheilten Alkoholikern. Für diese wäre versuchsweise Entlassung, die polizeilich event. rückgängig gemacht werden könnte, das Beste. Bei Irren, die sich in ihrer Vergangenheit einer strafbaren Handlung schuldig gemacht haben, liegt ein längerer Aufenthalt in einer Anstalt im Interesse der öffentlichen Sicherheit.

Anhang.

Die Behandlung geisteskranker Verbrecher, die Pflege der Idioten und Epileptischen.

§. 620.

Was die Frage der Behandlung der geisteskranken Verbrecher betrifft, d. h. derjenigen Individuen, die nach ihrer Verurtheilung und im Verlauf ihrer Strafverbüssung geisteskrank geworden sind, so ist darauf hinzuwirken, dass in unmittelbarer Verbindung mit grossen Strafanstalten besondere Abtheilungen errichtet werden, wo den geisteskranken Verbrechern eine zweckmässigere Behandlung als im Gefängniss oder in der Irrenanstalt zu Theil werden, und wo auch einer Entweichung derselben vorgebeugt werden kann.

Die Pflege der Idioten, welche bei uns ganz in den Händen von Privaten und meist von religiösen Gesellschaften liegt, ist höchst unzulänglich. Wenn auch das Resultat der erziehlichen Thätigkeit bei den geistesschwachen Kindern im Ganzen nur ein geringes ist, so kann man es doch nicht hoch genug anschlagen, da uns auf der anderen Seite die tägliche Erfahrung lehrt, dass diese unglücklichen Geschöpfe, sich selbst überlassen, nicht nur zu Grunde gehen, sondern auch ihre Familie ruiniren. Dasselbe gilt von Epileptischen. Es kommen 15 Epileptiker auf 10000 Einwohner für das Deutsche Reich und dieser Procentsatz würde 67 000 Epileptische ergeben. Erst in den letzten Jahren geht man mit der Errichtung von Colonieen für Epileptische vor, ebenso fängt man in neuester Zeit an, für Trunksüchtige Anstalten zu errichten (cf. §. 623); für beide Einrichtungen besteht ein dringendes Bedürfniss.

II. Die Familienpflege.

§. 621.

Unter Familienpflege verstehen wir den dauernden Aufenthalt Geisteskranker in einer dazu geeigneten fremden Familie. In Schottland sind nach Siemerling gegen 2000 Geisteskranke in Familien untergebracht. Hauptbedingungen für eine Familienpflege sind folgende: 1) Die directe Abhängigkeit vom Anstaltsarzte. 2) Die Nähe einer geschlossenen Anstalt. 3) Gute ärztliche Aufsicht und genaue Controle durch Wägung und Baden. 4) Die mässige Zahl der in einer Familie aufgenommenen Kranken. 5) Wohlhabenheit der Pflege. 6) Freundlichkeit der den Kranken zugewiesenen Räume, sowie eine für alle Kranke gleiche Pflege.

Für die Familienpflege eignen sich nicht nur unheilbare, ruhige Kranke, wie einfach Schwachsinnige, leichte Grade der Idiotie und der Verrücktheit, sondern unter Umständen auch heilbare, ruhige Kranke. Auch gemeingefährliche resp. als nur gemeingefährlich verdächtige Kranke lässt die Polizei mitunter in Familienpflege, wenn die Angehörigen sich zu der nöthigen Ueberwachung im Hause in der Weise verpflichten, dass der Kranke eine ständige besondere Aufsicht erhält (Wärter bei männlichen, Wärterin bei weiblichen), und dass womöglich ein Zimmer mit den nöthigen Sicherheitsmaassregeln an Fenstern, Thüren und Oefen zur Erleichterung der Ueberwachung eingerichtet wird. Von allgemeiner Wichtigkeit ist es auch für alle Kranke, dass die in der Familienpflege gebotene Beschäftigung, welche die verschiedenartigste ist, die es geben kann, so geregelt ist, dass jedem der Kranken Gelegenheit zur Bethätigung seiner individuellen Anlagen geboten ist.

Der Erfolg dieses therapeutischen Mittels war nach einem Versuche von Sioli, den er in Looswitz bei Bunzlau mit 30 Kranken anstellte, ein sehr verschiedener. Unter 8 chronisch Verrückten, grösstentheils mit Verfolgungsideen und mit gelegentlichen Sinnestäuschungen, war bei Einigen dauernde grössere Zugänglichkeit, Anschluss an die Familie und Theilnahme an deren Ergehen zu constatiren. Bei der Mehrzahl traten nach anfänglicher Besserung die Sinnestäuschungen wieder stärker hervor und führten zu Excessen, die eine Rückbeförderung in die Anstalt nöthig machten. Bei 6 Fällen mässiger Idiotie, zum Theil Imbecillität, war der Familienaufenthalt erfolgreich, einige Besserung zeigte auch ein paraphrenischer Fall, der aus einem chronischen Depressionszustande in Stumpfsinn überzugehen drohte. Ohne Erfolg, zum Theil sogar von vorübergehender Verschlimmerung, war die Familienpflege bei drei Kranken, welche durch Hebephrenie und Katatonie schwachsinnig ge-

worden waren, ebenso bei zwei anderen chronisch Blödsinnigen nach unbestimmter Verrücktheit. Interessant ist, dass bei Fällen von chronischer und hallucinatorischer Verrücktheit, sowie bei höheren Graden secundären Schwachsinns in der Colonieenpflege viel seltener Aufregungszustände eintreten, als in der Familienpflege. Der Procentsatz der für Familienpflege geeigneten Kranken beträgt nach Sioli's Ansicht nur 5%; es wird daher durch dieselbe eine wesentliche Entlastung der Anstalten von chronischen Kranken nicht herbeigeführt. Aber durch die Familienpflege konnte an mehreren Kranken der Grad der Freiheit, den sie vertrugen, erprobt und die Entlassung in die eigene Familie vorbereitet werden. Die Gesammtleitung der Familienpflege muss mit völliger Freiheit vom ärztlichen Director der Anstalt gehandhabt werden.

III. Die Verpflegung in Colonieen.

§. 622.

Die Kranken in den Irrencolonieen leben und wohnen auf dem Lande, frei vom Zwange der Anstalt, und wenn auch unter Aufsicht, so doch unter Verhältnissen, die ihren natürlichen Neigungen mehr zusagen. Die Verbindung einer Colonie mit einer geschlossenen grossen Anstalt, wie sie in Deutschland in der Nähe von Bremen und von Hannover in Ellen und Ilten bestehen, wird noch auf längere Zeit hinaus das Ziel und Streben unseres Anstaltswesens bilden. Acute Aufregungszustände und Tobsucht passen ebenso wenig in die Colonie, wie gewaltthätige Irre und geisteskranke Verbrecher. Auch gelähmten, bettlägerigen Irren wird sie von keinem besonderen Nutzen sein, wenn dieselben auch allenfalls dort ohne grossen Schaden verpflegt werden könnten.

IV. Ueber die Behandlung der chronischen Alkoholisten in besonderen Anstalten und Asylen.

§. 623.

Die Trunksucht hat schädigende Folgen, welche a) das Individuum organisch degeneriren, in seiner Leistungsfähigkeit dauernd herabsetzen und diese zuletzt ganz zerstören, b) die von demselben stammende Generation geistig und körperlich verschlechtern, mit angeborenem, geistigen oder körperlichen Siechthum belasten und so dieselbe vielfach zwingen, die öffentliche Wohlthätigkeit in Anspruch zu nehmen, c) die Alkoholisten durch hochgradige Reizbarkeit, plötzlich auftretende Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen für ihre Umgebung störend und für die Sicherheit der Gesellschaft gefährlich machen.

Je grösser die Zahl der an chronischem Alkoholismus Leidenden in einem Gebiete ist, desto mehr steigt proportional die Zahl der Verbrechen, die Zahl der Gefährdung der anderen Menschen, die Zahl der Siechen, Epileptischen, Taubstummen, Blödsinnigen oder schwachsinnig Geborenen, die Zahl der von der öffentlichen Wohlthätigkeit zu Unterstützenden.

Der anscheinend beruhigte Alkoholist, dessen Nervensystem jedoch noch an der Vergiftung in stärkerem Maasse leidet, bietet für die Gesellschaft Gefahr; in ihm sind die gefährlichen Zustände latent, aber unvermuthet, ganz plötzlich, oft nach einem Schluck geistigen Getränks, nach geringfügiger Erregungsursache brechen sie hervor. Es muss dafür gesorgt werden, dass der mit chronischem Alkoholismus in höherem Grade Belastete, welcher wiederholt psychisch krank war, oder welcher sich als gemeingefährlich zeigt, solange in einer Anstalt bei Arbeit, unter hygienisch zweckmässigen Verhältnissen vom Genuss alkoholischer Getränke ferngehalten wird, bis sein Nervensystem sich soweit erholt hat, dass es wieder gegen erregende Einwirkungen psychischer Art, vor Allem gegen Reize und Einflüsse geistiger Getränke einen höheren Grad von Widerstandsfähigkeit erlangt hat. In den Irrenanstalten ist ein so langes Halten nicht möglich, einestheils weil hier die Verpflegung theurer kommt und der anscheinend psychisch klar gewordene Kranke störend wirkt, anderntheils weil der an chronischem Alkoholismus Leidende für die Zeit ausser der Trunkeinwirkung klar und dispositionsfähig sein kann. Er darf nach dem bestehenden öffentlichen Recht nicht mehr zurückgehalten werden, wenn er auch eine Gefahr für die Gesellschaft wird, sobald er trinkt. Zur vollen Schutzleistung für den Trunksüchtigen und für die Gesellschaft ist ein Gesetz nothwendig, welches unverbesserliche, gemeingefährliche Trunkfällige auf nach ärztlichem Gutachten zu bestimmende Zeit in einer für sie bestimmten Anstalt, unter Versagung geistiger Getränke, zur Arbeit anhält. Nach dem Ablauf jener Frist ist ihre Ueberführung in ein Trinkerasyl einzuleiten. Auch bei den Frauen kommt die chronische Alkoholvergiftung in jährlich steigendem Maasse vor, ist aber gegenüber der Gesammtzahl sehr klein. Durch Trinkerasyle wird den vom Alkoholismus Befallenen gedeihliche Hülfe geleistet, die Gesellchaft vor ihnen geschützt, ihre Gemeingefährlichkeit gemindert, der Trunksucht selbst jedoch nur theilweise gesteuert. Um der Gefahr einer sich weiter verbreitenden Alkoholisation der Bevölkerung wirksam entgegenzutreten, ist ein System von Maassregeln nöthig. Dazu gehören die Einschränkung und Ueberwachung der Schankstätten von Branntwein, die genauesten Vorschriften über Reinheit der Getränke, die Verbilligung des Bieres, bei Vorkehrungen gegen Verfälschung und Beisatz stark narkotischer Stoffe, die billigere Herstellung

des Kaffees, die Belehrung der Bevölkerung durch Schule und Einwirkung auf die Erwachsenen, die Bestrafung von mittelbarer und unmittelbarer Verleitung zum Trunk, von Verabreichung geistiger Getränke an Unmündige oder Betrunkene etc. Eine Beseitigung aller geistigen Getränke ist nicht blos aus socialen, sondern auch aus physiologischen Gründen nicht möglich.

Die Deliranten, die schwer Psychotischen, welche aus Alkoholintoxikation hervorgegangen sind, gehören in die Anstalt und stören dort nicht mehr als andere Geisteskranke. Die im Ablauf der geistigen Störung begriffenen oder die geistig klar gewordenen, aber in ihrem Nervensystem noch schwer zerrütteten Individuen, bilden die störenden und stets zur Opposition geneigten Elemente; sie sollen ausser Berührung mit den anderen Kranken sein. Ein Trinkerasyl in nicht zu grosser Entfernung von einer Anstalt lehnt sich zweckmässig gleichsam als Filiale oder Colonie an dieselbe an. Dasselbe muss alles für die Pflege Nothwendige in nützlichster Form bieten, und es soll durch die Arbeit der Verpflegten mindestens einen Theil der Verpflegungskosten einbringen. Am besten eignet sich zu einem Trinkerasyl ein Land- oder Bauerngut. Die Anstalt braucht aber eine fachgemässe Beaufsichtigung der Verpflegten bezüglich des Nervenleidens, des Grades der Arbeitsfähigkeit und der intercurrirenden psychischen und physischen Erkrankungszustände. Lehnt sie sich an eine Irrenanstalt an, so kann die sachverständige Leitung von dort besorgt werden, wenn nicht, so muss ein Arzt die Leitung haben, dem ein Verwaltungsbeamter zur Seite steht.

DRITTER ABSCHNITT.

Die Irrenanstalt.

EINLEITUNG.

Bestimmung und Zweck der Irrenanstalt.

§. 624.

Von Esquirol stammt das schöne Wort: „Die Irrenanstalt soll ein Mittel zur Heilung von Geisteskrankheit sein;“ und in der That ist sie heutzutage zu einem wichtigen Hülfsmittel geworden.

Die Anstalt soll dazu dienen, die heilbaren Irren wiederherzustellen und das Loos der Unheilbaren so erträglich wie möglich zu

machen. Die Zahl der Aufnahmen hat in den letzten Jahren in einer ganz unverhältnissmässigen Weise zugenommen; in Preussen ist von 1880—84 die Zahl der Geisteskranken von 66000 auf 70000 gestiegen, was bei Berücksichtigung der Bevölkerungsvermehrung eine Zunahme von 4—5% bedeutet. Die Baukosten pro Bett betragen kaum unter 6000 M., bei den neuesten Anstalten selbst noch mehr. Die Verpflegung schwankt zwischen 1,10—1,80 M. pro Tag und Kopf, wird aber vielfach überschritten. Ein grosser Theil, bis zu 45% der Aufgenommenen, wird soweit hergestellt, dass sie der Gesellschaft wieder zurückgegeben werden können. Chronische Anstaltsinsassen und solche, welche in die Irrenanstalt nicht mehr passen, sind in den Siechenanstalten unterzubringen, weil die Verpflegung dort sehr viel einfacher und damit auch billiger sein kann.

Die Grösse einer Anstalt wird auf etwa 5—600 Insassen zu bemessen sein. In Anstalten von 1500—2000 Kranken, wie sie Frankreich und England besitzen, ist eine individuelle Behandlung des einzelnen und eine einheitliche Leitung nicht mehr gut möglich. Je grösser das zu bebauende Terrain, um so besser für die fernere Entwicklung der Anstalt. Kleinere Anstalten in der Stadt sind neben den grossen Irrenanstalten in ländlicher Lage durchaus nöthig, und zwar für den blos transitorischen Aufenthalt geisteskranker Individuen mit mehr acuten Krankheitserscheinungen. Ob Villensystem oder Gebäudekoloss ist gleichgültig. Der Schwerpunkt der humanitären Wirksamkeit ist lediglich in der chefärztlichen Leitung zu suchen. Allerdings wird eine Anstalt den an sie gestellten Anforderungen, die heilbaren Irren wiederherzustellen und den unheilbaren Gelegenheit zu dauerndem Aufenthalt und angemessener Beschäftigung zu gewähren, um so gerechter werden, je weniger sie durch Anlage und Bauart die freiheitliche Bewegung innerhalb ihrer Grenzen beschränkt, und je mehr sie es durch ihre Einrichtungen ermöglicht, dem Kranken das Gefühl der persönlichen Freiheit zu belassen. Ausser der Scheidung nach Geschlechtern ist eine möglichste Trennung nach dem Grade der Ruhe und Unruhe, nach Stand und Bildungsstufe der Kranken anzustreben. Es muss Gelegenheit zu ausgiebiger Beschäftigung vorhanden sein, für die Männer vorzugsweise in Gartenbau und Landwirthschaft, für die Frauen in Küche und Hausarbeit, sowie bei der Wäsche.

Der Besuch der Angehörigen wirkt bei allen psychotischen Erkrankungen sehr wohlthätig, ausser bei schwereren Depressionszuständen, bei primärer, wie secundärer, durch Hallucinationen bedingter Angst, sowie bei frischen Erregungszuständen.

ERSTES CAPITEL.

Bauliche Einrichtung der Irrenanstalt.

§. 625.

Für Privatirrenanstalten sind die Vorschriften der Behörden über Ausdehnung und Einrichtung maassgebend; der Raum muss möglichst reichlich bemessen sein, und besonders ist ein grosser schattiger Garten mit offenen Hallen zum Spazierengehen bei ungünstiger Witterung nöthig. Ob Pavillon- oder Corridorsystem zu wählen ist, hängt meist von der Lage der Anstalt ab; in einem grossen Gebäude sind vor allem grosse, helle, breite Corridore am besten so anzulegen, dass nur auf einer Längsseite die Zimmer der Kranken liegen, während auf der anderen hohe Fenster dem Flur reichlich Luft und Licht geben.

Die Geschlechter sind nicht in den Reconvalescenten-Abtheilungen, wohl aber in den geschlossenen zu trennen, ebenso die Unruhigen von den Ruhigen, und zwar räumlich soweit, dass diese nicht von jenen gestört werden. Die Einrichtung der Zimmer in den Reconvalescenten-Abtheilungen wird von der gewöhnlichen Wohnungsausstattung nicht abweichen, doch empfiehlt sich für die Aufnahme von Reconvalescenten mehr eine Filiale ausserhalb der Anstalt in schöner landschaftlicher Lage, da in der Reconvalescenz befindliche Individuen meist reactive elative Zustände zeigen, in denen sie geneigt sind, ihre Erlebnisse in der Anstalt anderen Patienten gegenüber aufzubauschen, und selbst vor absoluten Lügen nicht zurückschrecken. Hierdurch stören sie sowohl die Anstaltsdisciplin, als auch wirken sie auf die anderen Mitpatienten ungünstig ein.

In den geschlossenen Abtheilungen ist vorzüglich für die Sicherheit der Patienten Sorge zu tragen: die Wände sind am besten in Oel zu streichen, die Fussböden undurchlässig in eichenem Stabboden oder in einem Parquetboden aus Pitchpineholz herzustellen. Die Thüren dürfen nicht in Angeln gehen, welche Gelegenheit zum Aufhängen bieten, sondern sind am besten in Charnierbändern aufzuhängen. Auch sind Drücker und Aufziehknöpfe zu vermeiden. Der Verschluss findet durch einen besonderen Schlüssel, nicht Drei- oder Vierkant, statt. Für einen Griff empfiehlt sich eine schräg abwärts gerichtete Form, an dem die Befestigung eines Gegenstandes unmöglich ist, da die hängende Lage stets ein Abgleiten veranlasst (siehe die Figur). Die Fenster sind in gusseisernen Rahmen herzustellen, welche mit starkem Rohglas so verglast sind, dass



sie keine vorspringenden Theile zeigen. In den Isolirräumen empfiehlt es sich, die Fenster so hoch anzulegen, dass sie keinen Ausblick gestatten. Nahe der Decke ist ein Klappflügel anzubringen, welcher durch eine Kette geöffnet werden kann. Die Zugkette, ebenso wie die Schnüre der Jalousieen, müssen, in eingemauerten, besonders verschliessbaren Kasten liegen, die Fenster sollen zum Verschliessen mit Dreikant eingerichtet sein, die Aufsatzbänder sind abzurunden.

Ich möchte, um die für alle Irrenanstalten sehr heikle Frage der Fensteröffnung aus der Welt zu schaffen, folgende Einrichtung vorschlagen: Die Fensterflügel sind von vornherein unbeweglich in eisernen Rahmen zu befestigen, derartig, dass eine in der Mitte senkrecht verlaufende, handbreite Spalte durch eine oben und unten angeschraubte, über den Rahmen übergreifende Platte verschlossen wird. Die Säuberung der Glasscheiben lässt sich mit Hülfe von neuerdings in Gebrauch gekommenen mechanischen Fensterreinigern leicht ausführen.

Auch die Möbel dürfen keine Knöpfe oder Aufsätze tragen, an denen man etwas anhängen kann; zum Oeffnen dienen Ringe oder sonstige scheibenförmige Vorrichtungen, die federnd zurückschlagen und halbkreisförmige am Rande wulstig aufgetriebene Scheiben, welche an 2 den Kreisdurchmesser verlängernden Ohren befestigt werden. Die Möbel in der Beobachtungsstation für schwerere Formen sind nicht zu befestigen, damit durch Herausnehmen derselben das einzelne Zimmer in wenigen Minuten zu einer Zelle umgewandelt werden kann.

Für unreinliche Kranke empfiehlt sich ein in holländischen Anstalten erprobtes Bett, das, in einen concaven Cementboden eingelassen, alle fliessenden Immunditien durch die Seegras- oder Holzwollen-Füllung und eine darunter angebrachte feste Membran aus Segeltuch auf den genannten Cementboden fliessen lässt, von dem sie durch Wasser aufgenommen und fortgespült werden. Jede Abtheilung muss ihre besondere Closet-, Bade- und Wascheinrichtung haben.

Die Beleuchtung geschieht entweder durch elektrische Glühlampen oder durch Gasflammen, welche für die Kranken unerreichbar angebracht sind. Es empfiehlt sich ihre Anordnung in der Wand über der Thür, sodass sie auch den Corridor erhellen, und es kann von ihnen in praktischer Weise ein Ventilationscanal erwärmt werden, welcher die verdorbene Luft aus jedem Zimmer abführt. Die Erwärmung geschieht am besten von einer Centralheizung aus, und es empfiehlt sich besonders die Warmwasserheizung; jedoch sind die heissen Körper oder eisernen Oefen durch Holzbedeckung oder Ummauerung vor jeder Berührung durch die Kranken zu schützen.

Zu einer umfangreichen Anstalt gehören selbstverständlich auch grosse Wirthschaftsanlagen. Solche sind eine Dampfkochküche mit

sämmtlichen Nebenräumen, eine Dampfwaschanstalt, Dampfrolle, Trocknerei, Plätterei. Ferner ist nothwendig ein Maschinenhaus mit zwei Dampfkesseln zum Wechseln bei Reinigung und Reparaturen. Die Dampfmaschinen liefern nicht nur die Kraft zum Betriebe der Koch- und Waschküche, sondern sie pumpen auch das Wasser aus einem tiefen Brunnen und das warme Badewasser in besondere Reservoirs. Sehr empfehlenswerth ist die Verbindung sämmtlicher Krankenabtheilungen und Wirthschaftsräume mit den ärztlichen Directionszimmern durch elektrische Telegraphen- oder Telephon-Einrichtungen.

ZWEITES CAPITEL.

Innere Organisation der Irrenanstalt.

1. Das Personal.

§. 626.

An der Spitze des Personals der Irrenanstalt steht, unter der höheren Aufsichtsbehörde des Staats, der dirigirende Arzt, von dessen wissenschaftlichen und persönlichen Eigenschaften zum grössten Theil der in der Anstalt herrschende Geist abhängt. Neben dem ersten, allem Uebrigen vorangehenden Bedürfnisse gründlicher ärztlicher Kenntnisse wird von dem Irrenarzt mit Recht noch ein Complex besonderer geistiger Eigenschaften gefordert: wohlwollender Sinn, grosse Geduld, Selbstbeherrschung, eine besondere Freiheit von allen Vorurtheilen, ein aus einer reicheren Weltkenntniss geschöpftes Verständniss der Menschen, Gewandtheit der Conversation und eine besondere Neigung zu seinem Beruf, die ihn allein über dessen vielfache Mühen und Anstrengungen hinwegsetzt. Ein oder mehrere Hülfsärzte unterstützen den Director in der Krankenbehandlung, in der Führung der Journale und Correspondenz, besorgen die Leichenöffnungen, die chirurgischen Geschäfte u. dgl. — Die meisten Anstalten besitzen ausserdem eigene Geistliche, welche den periodischen Gottesdienst besorgen und die Kranken regelmässig besuchen, meist in der Absicht, mit religiösen Mitteln die Genesung der Kranken zu befördern. Es ist schon (§. 598) bemerkt, bei wie wenigen Kranken ein solches Verfahren statthaft sein kann. Immer und überall dürfen solche Versuche nur unter steter Beaufsichtigung und mit vorheriger Instruction von Seiten der Aerzte gemacht werden, und es wäre einer der bedeutendsten Missgriffe, auch nur einige Selbstständigkeit in der Behandlung Gehirnkranker Laien zu überlassen, deren Auffassung solcher Zustände ganz nothwendig eine einseitige sein muss. Mit Recht haben deshalb auch ihrer Zeit einige der verdienstvollsten Irrenärzte (Nasse, Jessen u. A.) die Unterstützung der psychischen Therapie durch Theologen

noch mehr als bisher beschränkt wissen wollen. Sehr passend dagegen finden wir die Anstellung eines Lehrers, der, ohne die Prätention heilsamer psychologischer Einwirkungen, zum Unterrichte der Kranken, überhaupt zu ihrer geistigen Beschäftigung und Zerstreuung verwendet wird.

Ein Oberwärter und eine Oberwärterin stehen dem niederen Dienstpersonale vor. Zu Wärtern selbst können nur körperlich kräftige, verständige und gutmüthige Menschen gebraucht werden, und es ist oft schwer, die genügende Anzahl brauchbarer Leute zu bekommen. Man rechnet im Durchschnitt auf 6—10 Kranke einen Wärter; einzelne Kranke bedürfen eines eigenen, nur für ihre Person bestimmten Wärters. In manchen Anstalten wird der Wärterdienst von den Brüdern oder Schwestern geistlicher Orden versehen, welcher Einrichtung man im Ganzen mehr Nachtheile als Vortheile zuschreiben kann.

Ausserdem ist in den Anstalten ein besonderes Verwaltungs-Personal für die Oekonomie nothwendig.

2. Lebensordnung.

§. 627.

Dazu, dass sich dieser, durch so viele Menschen und Bedürfnisse immer sehr complicirte Mechanismus einer Anstalt mit Ordnung und ohne Geräusch bewege, dienen nicht nur geschriebene Statuten für alles Personal, in denen die wohl umgrenzten Pflichten jedes Einzelnen klar und bündig ausgesprochen sind, in denen das ganze äussere Thun und Lassen pünktlich regulirt und die Ordnung aller Dinge vorgeschrieben ist. Die vernünftige Regel muss auch in Sitte und Gewohnheit übergegangen sein, und das Beispiel der Oberen muss den rechten Geist bis herab zum Untersten verbreiten. Es muss in den Irrenanstalten ein etwas straffer, angezogener Geist, nicht das Laisser-aller der falschen Gemüthlichkeit herrschen; es muss auf pünktliche Zeiteintheilung, strengste Ordnung und treue Pflichterfüllung genau gesehen werden. Dem Eintretenden, Gesunden oder Kranken, muss der wohlthuende Eindruck entgegenkommen, dass hier die Vernunft, nicht die Unvernunft herrsche. ein Charakter von Frieden und Ruhe muss durch das Ganze gehen, und die consequente Energie in allem Heilsamen muss in geräuschlosen, milden Formen auftreten, wie die einschliessende Ringmauer von Innen dem Kranken durch freundliches Gebüsch zugedeckt wird. — Der Umgang unter den Kranken selbst muss nicht zu strenge abgesperrt sein; man muss vielmehr durchaus auf Erhaltung einer gewissen Socialität sehen, in welcher die Formen des gesunden Umgangs beobachtet werden, und Alles muss ergriffen werden, was den Kranken vor weiterer Entfremdung gegen die Welt bewahrt. Hierzu dienen gemeinsame Mahl-

zeiten, Spaziergänge etc., und in dem Maasse, als der Kranke wieder fähiger dazu wird, auch eine zunehmende Berührung mit Gesunden. Dass man sich durchaus bei dem möglichst humanen, liberalen Systeme der Krankenbehandlung besser befindet, als bei einem strengen, ist schon oben berührt, es darf daher die Beschränkung des Kranken durchaus nicht weiter gehen, als sein Zustand es erfordert; jeder finstere, ascetische, ebenso wieder jeder kasernenmässige Geist ist zu vermeiden, und es soll der Ernst der Zwecke durch heitere, sinnige Formen nicht nur verdeckt, sondern gerade zum rechten Eingang gebracht werden.

3. Aufnahme und Entlassung der Patienten.

§. 628.

Der Aufnahme des Kranken in die öffentlichen Anstalten muss ein genauer ärztlicher Bericht über seinen Krankheitszustand und über dessen Entwicklung vorausgehen, der in vielen Fällen noch durch Mittheilungen der Angehörigen vervollständigt werden muss; in diesem soll die unumschränkteste Offenheit herrschen, da die Kenntniss aller persönlichen Verhältnisse und wichtigen Erlebnisse für den Arzt von höchster Wichtigkeit ist. Der ärztliche Bericht muss alle Fragen, welche irgend einen Bezug auf die Entstehung des Irreseins haben können, berühren, namentlich alle ätiologischen: Erblichkeit, leibliche und geistige Dispositionen, vorausgegangene Krankheiten, namentlich solche des Nervensystems; er muss die Symptome des allmählicheren oder schnelleren Ausbruchs und den gegenwärtigen Complex krankhafter Erscheinungen genau schildern, das bisher eingeschlagene Verfahren angeben etc., Erfordernisse, welche bei dem Arzte eine zum Wenigsten encyklopädische Kenntniss des Irreseins ganz nothwendig voraussetzen. Soll nun der Kranke in die Anstalt gebracht werden, so werde dies ihm selbst mitgetheilt; vielfache Beobachtung hat gezeigt, dass es unendlich viel vortheilhafter ist, ihn, wenn er sich hartnäckig sträuben sollte, mit äusserem Zwang in die Anstalt zu bringen, als ihn durch List (unter dem Vorwande einer Vergnügungsreise etc.) derselben zuzuführen. Ein solcher Betrug erbittert den Kranken meistens ungemein und hindert auf lange Zeit das so nothwendige Vertrauen zu der Anstalt. (Von No-Restraint ist erst in einer vollkommen wohl geordneten Anstalt die Rede.)

Die Aufnahme der einzelnen Kranken in die Staatsanstalten bedarf meistens, dringende Fälle ausgenommen, einer vorausgehenden Genehmigung der vorgesetzten Staatsbehörde, welche sich auf einen Bericht des Directors über die Zulässigkeit dieser Aufnahme stützt; es ist im Interesse der möglichst häufigen Aufnahme frischer Fälle nothwen-

dig, dass die Formen dieser Geschäfte die einfachsten und expeditesten seien. — Die Entlassungen aus den Anstalten geschehen meist allein auf Verfügung des Directors: sie sollten immer zunächst versuchsweise, provisorische sein, damit der Kranke beim ersten Zeichen eines Rückfalls ohne das mindeste Zögern wieder der Anstalt übergeben werden kann. Während dieser Zeit provisorischer Entlassung kann dann von seinem Hausarzte hier und da über den Genesenen an die Anstalt berichtet werden. Zeigt die Genesung entschiedene Dauer und Bestand, wozu eine ungetrübte geistige Gesundheit von wenigstens 1—2 Jahren gehört, so wird der frühere Pflegling erst definitiv aus dem Verbande mit der Anstalt entlassen. Freie Vereine zur Unterstützung bedürftiger Genesener bestehen an manchen Orten mit gesegnetem Erfolge.

DRITTES CAPITEL.

Privatirrenanstalten und Irrencolonieen.

§. 629.

Ausser den öffentlichen Irrenhäusern möge noch der Privatanstalten gedacht werden, welche theils für Länder, in denen das öffentliche Irrenwesen noch nicht geordnet ist, oder wo die Staatsanstalten der Irrenzahl nicht genügen, theils überhaupt für Kranke der höheren Classen mit Ansprüchen, wie sie in den Staatsanstalten schwerer zu befriedigen sind, dem Bedürfnisse abhelfen, deren Bedeutung in neuerer Zeit immer gewachsen ist und immer noch wachsen wird. Der Staat sollte solche Anstalten nur wissenschaftlichen Aerzten, niemals Laien, u. dgl. concessioniren, und von dem Vorsteher vollständige Garantieen seiner Befähigung zur Irrentherapie, namentlich eine praktische Ausbildung für diese Specialität fordern und eine Controle über ihre Wirksamkeit ausüben. Missbräuche und Schändlichkeiten, wie sie in einzelnen englischen Privatanstalten vorfielen, sollten, wiewohl sich nirgends in Deutschland etwas Aehnliches befürchten lässt, doch auf alle Fälle unmöglich gemacht werden.

Auch noch auf andere Weise als durch Anstalten hat man an einzelnen Orten für Bewahrung und Beschäftigung der Irren gesorgt. Eine Irrencolonie bildet das merkwürdige belgische Dorf Gheel, in welchem seit vielen Jahrhunderten Geisteskranke aller Art mit den Einwohnern und ihren Familien zusammen leben. Früher suchte man daselbst Hülfe für sie bei der heiligen Dymphne, der Patronin der Irren, zu deren Wundern man gegenwärtig nur noch selten Zuflucht nimmt. Dagegen suchte man in neuerer Zeit wiederholt Regelmässigkeit und Ordnung in diesem, 900—1000 Kranke (bei 9000 Einwohnern) ent-

haltenden Irrendepôt einzuführen; namentlich a. 1850 bemühte man sich, die dortigen Verhältnisse administrativ zu reguliren und Reformen einzuführen, die aber (nach Parigot, Journ. de méd. de Bruxelles. 1859, p. 464) im Ganzen keinen grossen Erfolg hatten. Die Irren geniessen hier immer noch ein Maass von Genüssen und Freiheit, wie ihnen in keiner Anstalt zu Theil werden kann; alle dazu Fähigen nehmen Antheil an den Arbeiten der Gesunden, namentlich Hand- und Feldarbeit ist allgemein eingeführt. Die Behandlung ist im Ganzen eine milde; die Anwendung von Zwangsmitteln soll nicht ohne vorherige Anfrage bei dem Arzte geschehen. Selbstmorde sind sehr selten, und der physische Gesundheitszustand ist im Allgemeinen so gut, dass man im Jahr 1838 zwei hundertjährige Irre dort fand. Das Entweichen von Kranken wird durch die eigenthümliche Lage von Gheel, das, von Heidegründen umgeben, mehrere Stunden von anderen Dörfern entfernt liegt, sehr erschwert. Bei allen diesen Vortheilen haben sich immer auch die bedeutendsten Uebelstände gezeigt, und von den vielen Besuchern und Beurtheilern von Gheel, das seiner Zeit eine eigene, an Polemik reiche Litteratur hervorgerufen hat, geben selbst solche, welche im Ganzen sehr für die Colonie eingenommen sind, das Bestehen schwerer Mängel zu. — Trotzdem zeigt Gheel (Roller, Zeitschr. f. Psych. XV. 1858. p. 420), dass ein grosser Theil der Irren zu seiner Verwahrung keiner Anstalten bedarf, dass Viele von ihnen mehr Freiheit ertragen können, als man gewöhnlich annimmt, dass das Leben in und mit den Familien vielen dieser Kranken wohl zusagt. Der Gedanke lag daher nahe, ob nicht auch an anderen Orten ähnliche Irren-Colonieen errichtet und damit die Uebelstände der Ueberfüllung der Irrenanstalten vielleicht radical gehoben werden könnten, und so ist in Deutschland und in England in neuerer Zeit eine den Verhältnissen angemessene Nachahmung von Gheel empfohlen worden; namentlich wurde vorgeschlagen, eine Anzahl hierzu geeigneter Irren in Dörfern in der Nähe der Staatsanstalten unterzubringen, sodass sie mit diesen noch in einem gewissen Verbande verblieben. — Die Schwierigkeiten, die diese Projecte bei ihrer Ausführung bieten würden, auseinandergesetzt und lebhaft betont von W. Jessen (Deutsche Klinik, 1858. Zeitschr. f. Psych. XVI. p. 442) scheinen allerdings für jetzt kaum überwindlich; aber man darf den Glauben nicht lassen, dass die Zukunft Mittel und Wege finden wird, das Problem der Irren-Colonieen, und damit erst auch das der gänzlichen Irren-Versorgung zu lösen.



Verzeichniss der citirten Autoren.

T.

U.

V.

Sach-Register.

A.

B.

D.

E.

F.

G.

H.

J.

M.

N.

P.

Q.

R.

S.

T.

V.

Y.

Z.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin W.

